

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI

İZMİR 2026



T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI

(ORCHID0000-0003-2412-7615)

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

İZMİR 2026

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR SAYFASI i
TABLOLAR LİSTESİ ii
ŞEKİLLER LİSTESİ iii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ iv
TÜRKÇE ÖZET v
İNGİLİZCE ÖZET(ABSTRACT) vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 8
2. GENEL BİLGİLER 9
2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması 9
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) 11
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler 14
2.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri (Starfield prensipleri) 15
2.4.1. İlk Temas (Ulaşılabilirlik) 16
2.4.2. Süreklilik (Continuity of Care): Boylamsal ve Kişisel 16
2.4.3. Kapsayıcılık (Comprehensiveness) 16
2.4.4. Koordinasyon (Coordination) ve Entegrasyon 17
2.5. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) 17
2.5.1. Ölçeğin Gelişimi, Amacı ve Kapsamı 17
2.5.2. Ölçeğin Teorik Çerçevesi ve Alt Boyutları 19
2.6. Araştırma Sorusu, Amaç ve Hipotezler 23
2.6.1. Araştırma sorusu 23
2.6.2. Araştırmanın amacı 23
2.6.3. Araştırmanın hipotezi 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 23
3.1. Araştırmanın Tipi ve Tasarımı 24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 24
3.3. Evren ve Örneklem 24
3.4. Veri Toplama Araçları 25

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu 26
3.4.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) 26
3.5. Değişkenler 27
3.5.1. Bağımlı Değişken (PCAS Boyut ve Alt Boyut Puanları) 28
3.5.2. Bağımsız Değişkenler (Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler) 28
3.5.3. Kontrol Değişkenleri 28
3.6. Verilerin Toplanması ve Etik Süreç 28
3.7. Etik Kurul ve İzinler 29
3.7.1. Etik kurul onayı 29
3.7.2. Kurumsal izinler 30
3.8. İstatistiksel Analiz 30
3.8.1. Tanımlayıcı İstatistikler 30
3.8.2. Karşılaştırmalı Analizler 30
3.8.3. Korelasyon Analizleri 31
3.8.4. Çok Değişkenli Analizler (Doğrusal Regresyon Analizi) 31
3.8.5. Ölçek Güvenirliği ve İç Tutarlılık 31
4. BULGULAR 32
4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri 32
4.2. PCAS Boyut Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 33
4.2.1 Yaş ile PCAS boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları 33
4.2.2 PCAS “Ulaşabilirlik” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 33
4.2.3 PCAS “Süreklilik” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 34
4.2.4 PCAS “Kapsayıcılık” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 35
4.2.5 PCAS “Eşgüdüm/Entegrasyon” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 36
4.2.6 PCAS “Hizmet memnuniyeti” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 37

4.2.7 PCAS “Kişisel Yaklaşım” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 38

4.2.8 PCAS “Güven” boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 39

4.3. PCAS Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması 40

4.3.1. Yaş ile PCAS alt boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları 40

4.3.2. PCAS “Finansal Ulaşılabilirlik” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 41

4.3.3 PCAS “Örgütsel Ulaşılabilirlik” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 42

4.3.4 PCAS “Boylamsal Süreklilik” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 43

4.3.5 PCAS “Hekim Temelli Süreklilik” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 44

4.3.6 PCAS “Hastanın Bütüncül Bilgisi” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 45

4.3.7 PCAS “Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 46

4.3.8 PCAS “İletişim” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 47

4.3.9 PCAS “Kişisel Yaklaşım” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 48

4.3.10 PCAS “Güven” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması 49

4.4. PCAS Ulaşabilirlik ve Süreklilik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi 52

4.4.1. PCAS Ulaşabilirlik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi 52

4.4.2. PCAS Süreklilik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi 52

4.5. Ölçek Güvenirliği ve İç Tutarlılık Bulguları 53

5. TARTIŞMA 54

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 58

7. KAYNAKLAR 60

8. EKLER 64

8.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 64

8.2 Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı 66

8.3. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı 68

8.4. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Yazısı 69

8.5 Olgu Rapor- Veri Kayıt Formu 70

8.6. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (PCAS Primary Care Assessment Survey) 71

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Tolga Günvar'a; uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca ayırdığı zaman, sürece eşlik eden yapıcı geri bildirimleri, yol göstericiliği ve sabrı için içtenlikle teşekkür ederim. Bilimsel düşünme biçimimi geliştiren, daha iyisini yapabileceğime dair motivasyonumu güçlendiren ve çalışmama değerli katkılar sunan desteği, bu tezin ortaya çıkmasında belirleyici olmuştur.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak mesleki gelişimime katkıda bulunan; iyi bir aile hekiminin yaklaşımını, klinik karar verme süreçlerini ve bilgiye erişme yollarını öğreten değerli hocalarım Prof. Dr. Vildan Mevsim, Prof. Dr. Nilgün Özçakar, Prof. Dr. A. Dilek Güldal, Doç. Dr. Tolga Günvar, Doç.Dr. Neslişah Makbule Tan Uzman Dr. Gizem Limnili ve Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a şükranlarımı sunarım.

Hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, emekleri ve şefkatleriyle bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan kıymetli anne , baba ve ablama yürekten teşekkür ederim.

Son olarak, bu sürecin her aşamasında sevgisi, sabrı ve anlayışıyla yanımda olan; bana güç ve huzur veren canım eşim Büşra Şehitlioğulları'na ve yepyeni bir motivasyon kaynağı olan minik bebeğimize en içten teşekkürlerimi iletirim. Desteği ve inancı, bu çalışmayı tamamlayabilmemde en önemli dayanaklarımdan biri olmuştur.

Dr. HALİL ŞEHİTLİOĞULLARI

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. PCAS alt boyut, boyut ve özet boyutları

Tablo 2. PCAS Ölçeğinin 100'lük Sisteme Çevrilmeden Önce Puan Aralıkları

Tablo 3. PCAS Boyutları ve Soruların İçerikleri

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri (n=186)

Tablo 5. Yaş ile PCAS boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları

Tablo 6.PCAS "Ulaşabilirlik" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 7. PCAS "Süreklilik" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 8.PCAS "Kapsayıcılık" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 9. PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 10. PCAS "Hizmet memnuniyeti" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 11. PCAS "Kişisel Yaklaşım" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 12. PCAS "Güven" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 13. Yaş ile PCAS alt boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları

Tablo 14. PCAS "Örgütsel Ulaşılabilirlik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 15. PCAS "Boylamsal Süreklilik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 16. PCAS “Hekim Temelli Süreklilik” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 17. PCAS “Hastanın Bütüncül Bilgisi” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 18. PCAS “Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 19. PCAS “İletişim” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 20. PCAS “Kişisel Yaklaşım” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 21. PCAS “Güven” alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 22. PCAS Ulaşabilirlik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Tablo 23. PCAS Süreklilik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Tablo 24. PCAS Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi Sonuçları

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Yaşlı nüfus oranı, 1950-2100

Şekil 2. Geniş Yaş Grupları ve Yaş Bağımlılık Oranı

Şekil 3. WONCA Ağacı: Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Disiplininin Özellikleri (Kaynak: WONCA Europe, 2011).

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

BDÖ: Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EASM: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

PCAS: Primary Care Assessment Survey

PCAT: Primary Care Assessment Tool

PCET: Primary Care Evaluation Tool

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UNICEF: United Nations Children's Fund

WONCA: World Organization of Family Doctors

ÖZET

65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

Amaç: Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak bakım deneyimini yansıtan PCAS (Primary Care Assessment Survey) puanları ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Tek merkezli, gözlemsel kesitsel çalışmaya Ocak–Haziran 2025 döneminde 65 yaş ve üzeri 186 katılımcı dâhil edildi. Veriler sosyodemografik/klinik anket formu ve PCAS ile toplandı; boyut ve alt boyut puanları 0–100 ölçeğine dönüştürüldü. İkili karşılaştırmalarda Mann–Whitney U testi, korelasyonlarda Spearman analizi kullanıldı. Ulaşılabilirlik ve süreklilik puanları için Enter yöntemiyle çok değişkenli doğrusal regresyon modelleri kuruldu.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 70,09±5,29 yıl olup %51,6'sı erkekti. PCAS "Ulaşılabilirlik" puanı kadınlarda daha yüksek bulundu ($p=0,045$); alkol kullanmayanlarda belirgin düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,001$) ve düşük gelir grubunda yüksek gelire kıyasla daha yüksekti ($p<0,001$). Çok değişkenli analizde alkol kullanmama ($B=11,484$; $p<0,001$) ve yüksek gelir düzeyi ($B=-8,610$; $p<0,001$) ulaşılabilirlik ile bağımsız ilişkiliydi. PCAS "Süreklilik" puanı halen sigara içenlerde ($p=0,007$), hastalık sayısı 4–7 olanlarda ($p=0,011$) ve ilaç sayısı 4–7 olanlarda ($p=0,022$) daha yüksekti; çok değişkenli modelde sigara kullanımı ($B=4,091$; $p=0,006$) ve hastalık sayısı ($B=4,276$; $p=0,002$) bağımsız ilişkili bulundu. Yaş ile PCAS boyut puanları arasında anlamlı korelasyon izlenmedi; yalnızca fiziksel bakım alt boyutunda zayıf pozitif ilişki saptandı ($\rho=0,152$; $p=0,039$).

Sonuç: Kesitsel bulgular, birinci basamak bakım deneyiminin bazı boyutlarının sosyoekonomik (özellikle gelir) ve davranışsal/klinik göstergeler (alkol kullanımı, sigara kullanımı, hastalık yükü) ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Nedensellik çıkarımı yapılamaz; ancak yaşlılarda hakkaniyetli erişim ve sürekliliği güçlendirmeye yönelik düzenlemelerde bu belirleyicilerin dikkate alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak sağlık hizmetleri, hasta bakım sürekliliği, kesitsel çalışmalar, sağlık hizmetlerine erişim, yaşlı

ABSTRACT

"Factors Associated With Primary Care Service Utilization in Adults Aged 65 Years and Older"

Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

SUPERVISOR: Doc. Dr. Tolga GÜNVAR

Objective: This study aimed to evaluate the associations between PCAS (Primary Care Assessment Survey) scores reflecting the primary care experience and sociodemographic and clinical variables among individuals aged 65 years and over.

Methods: In this single-center, observational cross-sectional study, 186 participants aged 65 years and over were included between January and June 2025. Data were collected using a sociodemographic/clinical questionnaire and the PCAS; domain and subdomain scores were transformed to a 0–100 scale. The Mann–Whitney U test was used for bivariate comparisons, and Spearman analysis for correlations. Multivariable linear regression models (Enter method) were built for accessibility and continuity scores.

Results: The mean age of participants was 70.09±5.29 years, and 51.6% were male. The PCAS "Accessibility" score was higher in women ($p=0.045$); it was markedly higher in non-alcohol users ($p<0.001$) and higher in the low-income group compared with the high-income group ($p<0.001$). In the multivariable analysis, non-use of alcohol ($B=11.484$; $p<0.001$) and high income level ($B=-8.610$; $p<0.001$) were independently associated with accessibility. The PCAS "Continuity" score was higher in current smokers ($p=0.007$), in those with 4–7 diseases ($p=0.011$), and in those with 4–7 medications ($p=0.022$); in the multivariable model, smoking ($B=4.091$; $p=0.006$) and number of diseases ($B=4.276$; $p=0.002$) were independently associated. No significant correlation was observed between age and PCAS domain scores; only the physical care subdomain showed a weak positive association ($\rho=0.152$; $p=0.039$).

Conclusion: Cross-sectional findings suggest that certain dimensions of the primary care experience may be associated with socioeconomic (particularly income) and behavioral/clinical indicators (alcohol use, smoking, disease burden). Causal inference cannot be made; however, considering these determinants is important when designing measures to strengthen equitable access and continuity in older adults.

Keywords: aged, continuity of patient care, cross-sectional studies, health services accessibility, primary health care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küresel düzeyde doğurganlık hızlarındaki gerileme ile yaşam beklentisindeki artış, yaşlı nüfusun hem sayısal büyüklüğünü hem de toplam nüfus içindeki payını yükselten başlıca demografik süreçler arasında yer almaktadır. Türkiye'de de 65 yaş ve üzeri nüfusun son yıllarda belirgin bir artış eğilimi gösterdiği; 2019–2024 döneminde hem mutlak sayı hem de oran bakımından yükselişin sürdüğü bildirilmektedir. Yaşlı nüfustaki bu artış, ileri yaş gruplarında daha sık görülen çoklu kronik hastalık yüküyle birlikte sağlık hizmeti gereksinimlerinin çeşitlenmesi ve daha sürekli bir nitelik kazanması ile ilişkilidir. Bu çerçevede, yaşlı bireylerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, sürekliliği ve kapsamlılığı; sağlık sisteminin etkinliği ile hizmet sunumunda hakkaniyetin değerlendirilmesi açısından kritik bir inceleme alanı oluşturmaktadır. (1)

Birinci basamak sağlık hizmetleri, Alma-Ata Bildirgesi'nde bireyin sağlık sistemiyle ilk temas noktası olarak tanımlanmış; Astana Bildirgesi'nde ise evrensel sağlık kapsamı hedefleri doğrultusunda birinci basamağın kaliteli, eşitlikçi ve kişi odaklı biçimde güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. (2) (3) Birinci basamağın temel işlevleri, Starfield çerçevesinde ilk temas/ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm/koordinasyon bileşenleri üzerinden kavramsallaştırılmakta; bu işlevlerin güçlü olduğu sağlık sistemlerinde daha iyi sağlık çıktıları ve daha rasyonel kaynak kullanımıyla ilişki olabileceğine işaret eden bulgular bildirilmektedir. (4) Benzer biçimde, birinci basamağın sistem düzeyindeki rolü ve kapsamı; hizmete erişimin düzenlenmesi, bakım sürekliliğinin desteklenmesi ve toplumun yaygın sağlık gereksinimlerinin karşılanması bağlamında temel politika metinlerinde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. (5)

Türkiye'de 2003 sonrasında yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak yapılandırması, aile hekimliği modeli temelinde yeniden kurgulanmış; kayıtlı nüfus yaklaşımının yerleştirilmesi ve koruyucu hizmet kapasitesinin güçlendirilmesi öncelikli hedefler arasında konumlandırılmıştır. (6) Bununla, birinci basamak hizmetlerinin değerlendirilmesinde yalnızca örgütsel düzenlemeler değil, kullanıcıların birinci basamağı nasıl deneyimlediği ve hizmetin temel niteliklerine ilişkin algıları da önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti kullanımını açıklamada yaygın kullanılan kuramsal yaklaşımlardan Andersen'in Davranışsal Modeli; kullanımın yatkınlaştırıcı (örn. yaş, cinsiyet), kolaylaştırıcı (örn. gelir, sigorta, erişim) ve ihtiyaç (örn. hastalık yükü) bileşenlerinin etkileşimi içinde şekillendiğini öne sürmektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımının ve bakım deneyiminin değerlendirilmesi, klinik gereksinim göstergeleriyle sınırlı kalmaksızın sosyodemografik ve klinik özelliklerin birlikte ele alındığı bütüncül bir çerçeve gerektirmektedir. (7)

Birinci basamak hizmetinin hasta perspektifinden algılanan niteliğini ölçmeye yönelik araçlar, bu çok boyutlu değerlendirmeyi nicel olarak görünür kılmaktadır. Primary Care Assessment Survey (PCAS), birinci basamağın hasta deneyimi üzerinden değerlendirilmesini amaçlayan ölçeklerden biri olup; erişim/ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm ve hekim-hasta ilişkisinin farklı boyutlarına ilişkin

ölçümler sunmaktadır. Yaşlı bireylerde bakım gereksinimi ve izlem ihtiyacı daha belirgin olduğundan, PCAS gibi araçlarla birinci basamak deneyiminin boyutlar düzeyinde değerlendirilmesi; hizmetin güçlü yönlerinin ve geliştirmeye açık alanlarının tanımlanmasına katkı sağlayabilir. (4) (7) Bununla birlikte Türkiye'de, özellikle üniversite hastanesi bünyesinde hizmet veren bir aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerde PCAS boyut ve alt boyut puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisini ele alan verilerin sınırlı olduğu değerlendirilmektedir.

Bu tez çalışmasında başlıkta yer alan "etkileyen faktörler" ifadesi, kesitsel araştırma yaklaşımına uygun biçimde nedensellik iddiası kurmaksızın, PCAS ile ölçülen birinci basamak sağlık hizmeti kullanımına/bakım deneyimine ilişkili faktörler anlamında ele alınmıştır. Bu çerçevede çalışma, 65 yaş ve üzeri bireylerde PCAS boyut ve alt boyut puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklerle birlikte nasıl bir örüntü sergilediğini ortaya koyarak, birinci basamak hizmetlerinin yaşlı nüfusta değerlendirilmesine katkı sunmayı hedeflemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı ve Sınıflandırılması

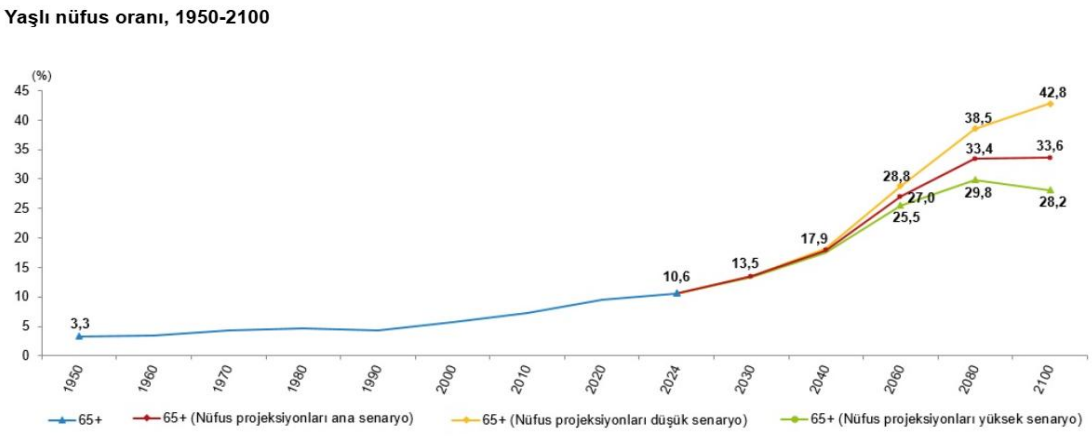
Yaşlılığı konu alan çalışmaların önemli bir bölümünde, tanım ve sınıflandırma yapılırken ağırlıklı olarak fizyolojik ölçütler temel alınmaktadır. Kronolojik yaşlanma yaklaşımı içinde yaşlılık çoğunlukla 65 yaş ve üzeri dönemle ilişkilendirilmektedir. DSÖ Psikogeriatrik Grubu, 65 yaş ve üzerindeki bireyleri "yaşlı", 85 yaş ve üzerindekileri ise "çok yaşlı" olarak tanımlamıştır. Gerontoloji alanındaki sınıflandırmalarda ise yaşlılık; 65–74 yaş aralığı "genç yaşlılık", 75–84 yaş aralığı "orta yaşlılık" ve 85 yaş ve üzeri dönem "ileri yaşlılık (ihtiyarlık)" biçiminde ele alınmaktadır. (8) (9) (10)

Doğurganlık hızlarındaki gerileme ile yaşam koşullarındaki iyileşmeye paralel olarak doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, dünya genelinde yaşlı nüfusun hem sayısal hem de oransal artış eğilimi göstermesiyle birlikte değerlendirilmelidir. Küresel ölçekte olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki artış hızının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek seyrettiği bildirilmektedir. "Küresel yaşlanma" olarak adlandırılan bu demografik dönüşüm sürecinde nüfusun yaş bileşimi belirgin biçimde değişmekte; çocuk ve genç nüfusun toplam içindeki payı azalırken, yaşlı nüfusun oranı giderek yükselmektedir. (8) (11) (12)

Türkiye, yaşlanma dinamiğini görece hızlı yaşayan gelişmekte olan ülkeler arasında değerlendirilmektedir. Toplam nüfus yapısı gelişmiş ülkelere kıyasla görece daha genç özellikler göstermekle birlikte, yaşlı nüfusun hem mutlak sayısında hem de toplam nüfus içindeki payında belirgin bir artış izlenmektedir. Mevcut demografik eğilimlerin devam etmesi durumunda, 21. yüzyıl boyunca Türkiye'de yaşlı nüfusun artış eğilimini sürdürmesi beklenmektedir. (11) (12)

Ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfus, 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi iken, son beş yıllık dönemde %20,7 artarak 2024 yılında 9 milyon 112 bin 298 kişiye ulaşmıştır. Aynı zaman aralığında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %9,1'den %10,6'ya yükselmiştir. 2024 yılı itibarıyla yaşlı nüfusun %44,6'sını erkekler, %55,4'ünü ise kadınlar oluşturmaktadır.

Nüfus projeksiyonlarının ana senaryosu esas alındığında, yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27,0, 2080 yılında %33,4 ve 2100 yılında %33,6 düzeyine ulaşacağı öngörülmektedir. (1)

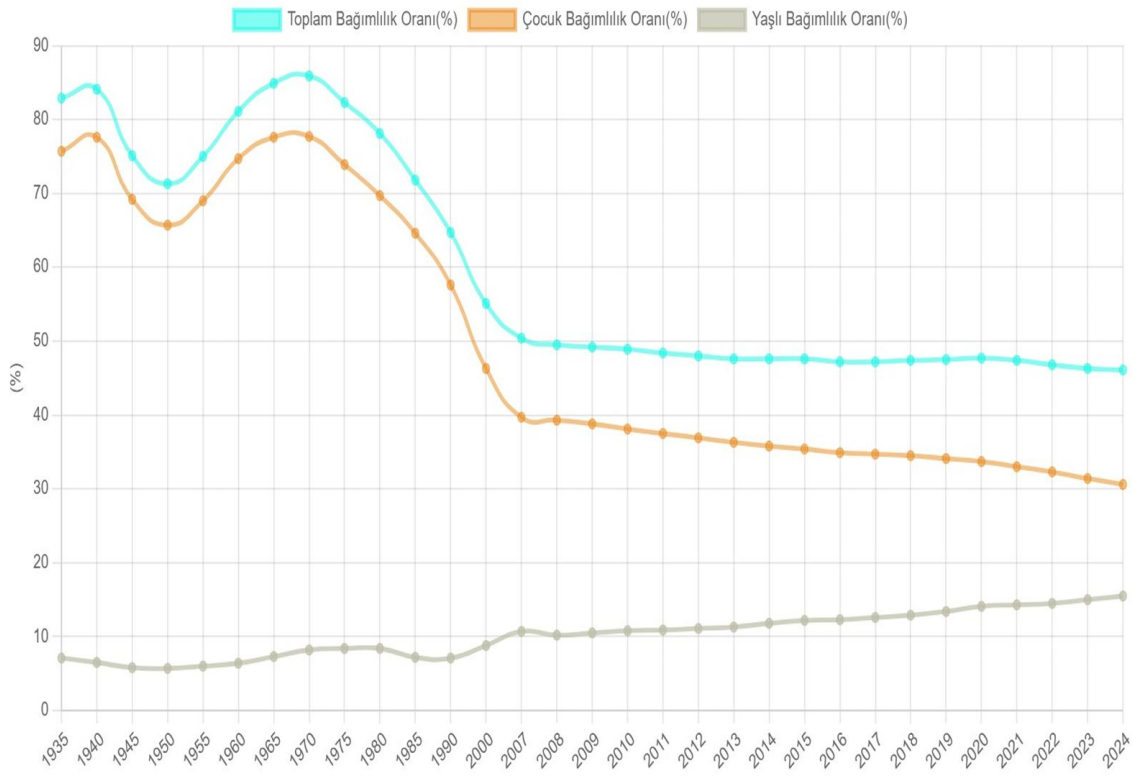


Kaynak: TÜİK, Genel Nüfus Sayımları, 1950-2000
TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010-2024
TÜİK, 2024 Nüfus Projeksiyonları, 2030-2100

Şekil 1. Yaşlı nüfus oranı, 1950-2100

Yaşlı nüfus yaş gruplarına göre incelendiğinde; 2019 yılında yaşlıların %62,8'inin 65–74 yaş, %28,2'sinin 75–84 yaş ve %9,1'inin 85 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmüştür. 2024 yılı verilerinde ise dağılımın sırasıyla %63,4, %28,8 ve %7,8 olduğu saptanmıştır. Toplam yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturan 100 yaş ve üzeri bireylerin sayısı 2024 yılında 7632 olarak kaydedilmiştir.

Çalışma çağındaki yüz kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2019 yılında %13,4 iken 2024 yılında %15,5 düzeyine yükselmiştir. (1)



Şekil 2. Geniş Yaş Grupları ve Yaş Bağımlılık Oranı

Nüfus projeksiyonlarının ana senaryosuna göre yaşlı bağımlılık oranının 2030 yılında %19,5, 2040 yılında %26,5, 2060 yılında %45,5, 2080 yılında %61,9 ve 2100 yılında %61,6 düzeylerine ulaşacağı öngörülmektedir. (1)

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH)

Dünya Sağlık Örgütü, 1978 tarihli Alma-Ata Bildirgesi'nde birinci basamak sağlık hizmetlerini; bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık sistemiyle karşılaşmasının başlangıç basamağı olarak ele almakta ve hizmetlerin insanların yaşadığı/çalıştığı yerlere yakın, sürekliliği olan, kapsamlı ve eşgüdümlü biçimde sunulması gerektiğini vurgulamaktadır.(2)

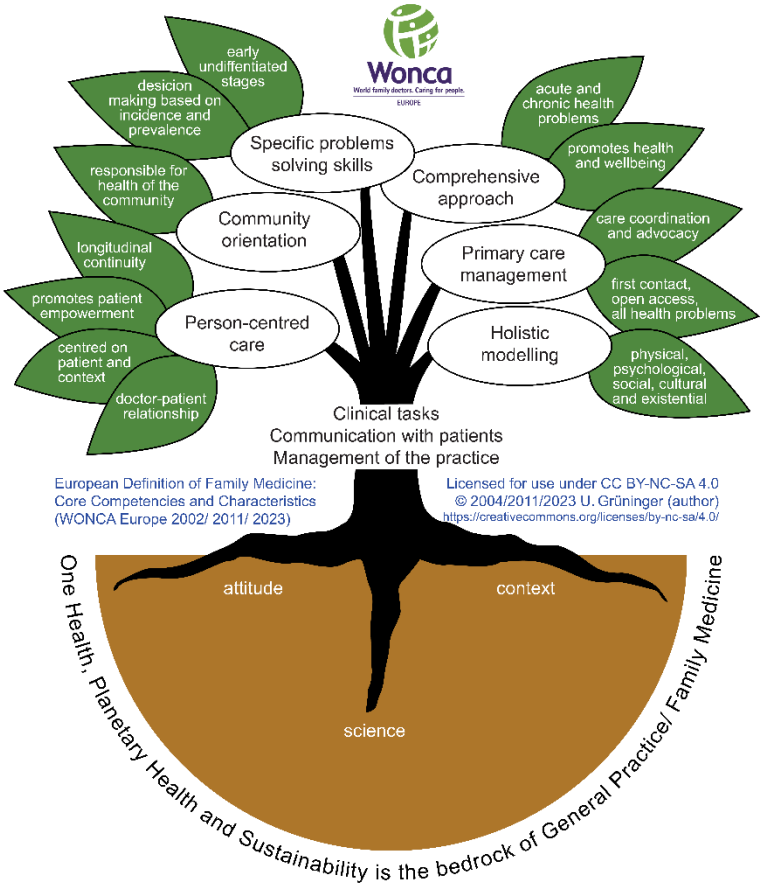
DSÖ ve UNICEF tarafından 2018 yılında kabul edilen Astana Bildirgesi'nde ise, sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temelinin güçlü bir birinci basamak yapılanmasıyla desteklendiği ifade edilmiştir. Bildirgeye göre BBSH, sağlık sistemiyle kurulan ilk temasın gerçekleştiği düzey olmakla birlikte; yalnızca tedavi edici hizmetlerle sınırlı değildir. Koruyucu hizmetler, rehabilitasyon ve palyatif bakımın da dâhil edildiği, bireyin yaşam döngüsü boyunca sürdürülen bütüncül bir hizmet yaklaşımı öne çıkarılmaktadır. Metinde ayrıca BBSH'nin erişilebilir, hakkaniyetli ve insan odaklı olması gereği belirtilirken; hizmet sunumunda parçalı yapıdan (fragmentasyon) kaçınılmasının ve basamaklar arasında işlevsel bir sevk zincirinin kurulmasının önemi özellikle vurgulanmaktadır. (3)

Aile Hekimliği disiplininin kapsamı ve tanımı, değişen sağlık gereksinimleri doğrultusunda zaman içinde güncellenen dinamik bir çerçeve içinde değerlendirilmektedir. Avrupa Aile Hekimliği Birliği (WONCA

Europe) tarafından disiplinin çekirdek bileşenlerini ve yeterlilik alanlarını görselleştirmek amacıyla geliştirilen "WONCA Ağacı", 2002 ve 2011 sürümlerini takiben en son 2023 yılında yeniden düzenlenmiştir.

Güncellenen 2023 çerçevesinde, disiplinin klasikleşmiş altı çekirdek yeterliliği (Birinci Basamak Yönetimi, Kişi Merkezli Bakım, Özgül Sorun Çözme Becerileri, Kapsamlı Yaklaşım, Toplum Yönelimi ve Bütüncül Modelleme) korunmuş; bununla birlikte bu yeterliliklerin dayandığı kavramsal zemin genişletilmiştir. Yeni tanımlama, insan sağlığının hayvan sağlığı ve çevre ile olan ayrılmaz bütünlüğünü vurgulayan 'Tek Sağlık', doğal sistemlerin sağlığını merkeze alan 'Gezegen Sağlığı' ve Birleşmiş Milletler 'in Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarını disiplinin temel taşı olarak kabul etmektedir.

Bu bağlamda aile hekimlerinin sadece bireysel hasta bakımında değil; kaynakların verimli kullanımı, gereksiz tıbbi müdahalelerin ve atıkların azaltılması, akılcı ilaç kullanımı ve deprescribing (ilaç azaltma) süreçlerinde de 'gezegen sağlığı' perspektifiyle hareket etmeleri, mesleki bir sorumluluk ve kalite göstergesi olarak tanımlanmıştır. Dolayısıyla güncel aile hekimliği pratiği, biyopsikososyal yaklaşımın yanı sıra ekolojik ve sürdürülebilir bir sağlık anlayışını da içermektedir. (13)



Şekil 3. WONCA Ağacı: Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Disiplininin Özellikleri (Kaynak: WONCA Europe, 2011).

Birinci basamakta görev yapan aile hekimi, bütüncül bir yaklaşımla yaşlı bireylerin sağlık gereksinimlerini tek bir çerçevede ele almayı ve sorunlarına çözüm üretmeyi hedefler. Bu çözüm yalnızca tanı ve tedavinin planlanmasıyla sınırlı değildir; gerektiğinde mevcut ilaçların kullanım zamanlarının düzenlenmesi, polifarmasi açısından ilaçların gözden geçirilerek azaltılmasının değerlendirilmesi ve uygun uzmanlık

alanlarına yönlendirme gibi uygulamaları da kapsayabilir. Yaşlı hastaların sağlık sorunları, multidisipliner bakış açısıyla ve kişinin işlevselliğini merkeze alan bir değerlendirmeyle ele alınmalıdır. Yaşlılara sunulan hizmetin amacı, yalnızca mevcut hastalıkların tanınması ve tedavi edilmesi değil; aynı zamanda daha uzun süre sağlıklı ve bağımsız yaşamı desteklemek üzere hastalıkların önlenmesi ve sağlık düzeyinin geliştirilmesidir. Bu kapsamda dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı danışmanlığı, sigara ve alkol bırakma desteği, düşme/kaza riskini azaltmaya yönelik çevresel güvenlik önlemlerinin planlanması ve aşılama gibi koruyucu uygulamalar birinci basamakta önemli yer tutar. (14) (15) (16) (17) Ayrıntılı öykü ve fizik muayene ile sağlık riskleri belirlenmeli; saptanan risklere göre uygun izlem ve yönetim planı oluşturulmalıdır. Her başvuru, koruyucu yaklaşımı güçlendirmenin yanı sıra yapılandırılmış hasta eğitimi bileşenini de içermelidir. (14) (15)

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetleri, 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sonrasında yeniden yapılanma sürecine girmiş ve sağlık ocakları temelli yapıdan "Aile Hekimliği Modeline geçiş gerçekleştirilmiştir. (18) Aile Hekimliği Kanunu ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği doğrultusunda, birinci basamak hizmetlerin örgütlenmesi aile hekimliği modeli temelinde şekillenmiş; bireylerin kayıtlı nüfus üzerinden izlenmesine dayalı bir düzen kurulmuştur. Bu çerçevede aile hekimliği modelinin temel işlevleri arasında, sağlık sistemiyle ilk temasın sağlanması, sürekli izlemin yürütülmesi ve koruyucu hizmetlerin bütüncül bir yaklaşım içinde sunulması yer almaktadır. Aile hekimliği modelinin temel işlevleri arasında ilk temas hizmeti sunma, sürekliliği sağlama, koruyucu hizmetleri güçlendirme ve basamaklar arası bakım koordinasyonunu kolaylaştırma yer alır. (19) Birinci basamakta süreklilik ve bütüncüllüğün güçlenmesi, özellikle ileri yaş gruplarında sık görülen multimorbidite ve karmaşık bakım gereksinimlerinin yönetiminde klinik karar süreçlerini destekleyen bir zemin oluşturur. Bu çerçevede Türkiye'de yaşlı sağlığına yönelik ulusal politika belgeleri, birinci basamak düzeyinde düzenli izlem, akılcı ilaç kullanımı ve bakımın koordinasyonu gibi bileşenlerin güçlendirilmesini stratejik öncelikler arasında ele almaktadır. (20)Günümüzde Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetleri; kronik hastalık takibi, kanser taramaları, bağışıklama, gebe-bebek izlemleri ve polifarmasi yönetimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının merkez üssü konumundadır. (21)

Birinci basamak; sağlık sistemi içinde ilk başvuru noktası olma, bakımın sürekliliğini destekleme, kapsayıcı bir hizmet sunumu sağlama ve ekipler arasında eşgüdümü yürütme gibi temel özelliklerle tanımlanmaktadır. Bu yaklaşım, bireyle uzun süreli ve yaşam döngüsü boyunca süren bir ilişki ve iletişim kurmayı merkeze alır. Birinci basamağı güçlü olan ülkelerde, ikinci ve üçüncü basamağa yapılan başvuruların daha düşük düzeylerde seyrettiği; aile hekimlerinin ise hastaların sağlık gereksinimlerinin önemli bir bölümünü yeterli ölçüde karşılayabildiği bildirilmektedir. (22) Sağlık sistemine giriş kapısı olması, süreklilik, kapsamlılık ve koordinasyon unsurları; birinci basamağa ilişkin tanımlamaların büyük kısmında ortak biçimde yer almaktadır. (23)

Sonuç olarak, dünyada birinci basamak yaklaşımı evrensel ilkeler üzerinden tanımlanan bir sağlık sistemi omurgası iken, Türkiye'de aile hekimliği modeli üzerinden örgütlenen birinci basamak yapılanması;

süreklilik ve koordinasyon kapasitesi ölçüsünde yaşlılık, kronik hastalık yükü ve ilaç yönetimi gibi alanlarda sağlık çıktılarının iyileştirilmesine katkı sunma potansiyeline sahiptir. (24)

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

Birinci basamak sağlık hizmeti (BBSH) kullanımı, yalnızca bireyin hastalık yükü ya da sağlık gereksinimiyle açıklanamayacak ölçüde çok boyutlu bir olgu olarak ele alınmaktadır. Bireysel özellikler, sosyoekonomik koşullar, sağlık sisteminin örgütlenme biçimi ve hizmetin algılanan niteliği gibi katmanlar, BBSH'ye başvuru davranışı ve kullanım örüntülerinin şekillenmesinde birlikte rol oynayabilmektedir. Sağlık hizmeti kullanımını açıklamak için yaygın kullanılan kuramsal yaklaşımlardan biri Andersen'in Davranışsal Modeli olup, kullanımı yatkınlaştırıcı (ör. yaş, cinsiyet, eğitim), kolaylaştırıcı (ör. gelir, sigorta, coğrafi erişilebilirlik, hizmet arzı) ve ihtiyaç (algılanan ya da değerlendirilen sağlık gereksinimi) bileşenlerinin etkileşimi içinde konumlandırmaktadır. (25)Modelin daha sonraki güncellemelerinde, birey düzeyi değişkenlerin yanında sağlık sistemi bağlamının ve hizmet özelliklerinin ölçülebilir biçimde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış; böylece kullanımın yalnız "başvuru var/yok" ikiliğinden daha kapsamlı biçimde ele alınmasına kavramsal bir zemin oluşturulmuştur. (7)

BBSH kullanımını değerlendirirken yalnızca "neden başvurulur?" sorusuna odaklanmak yeterli değildir; en az bunun kadar, "birinci basamak hangi nitelikte ve nasıl kullanılır?" sorusu da açıklayıcı bir bakış açısı sağlar. Birinci basamağın ilk temas işlevi ile süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdüm gibi çekirdek bileşenleri hem hizmete yönelim örüntülerini hem de hizmetin tercih edilebilirliğini birlikte ele almaya olanak veren bir çerçeve sunmaktadır. (92) Bu çerçeve, birinci basamağın yalnızca erişilebilir bir "giriş kapısı" olarak değil; kişi odaklı ve kapsayıcı bir bakım düzeyi olarak güçlendirilmesi hedefiyle de uyumludur. Birinci basamağın küresel sağlık politikalarındaki merkezi konumu, evrensel sağlık kapsamı hedefleri bağlamında Alma-Ata ve Astana bildirgeleriyle yeniden vurgulanmıştır. (2) (3) Ayrıca erişim, kalite, kişi odaklılık ve bütünleşik bakım gibi bileşenlerin ölçülmesine yönelik değerlendirme çerçevelerinin geliştirilmesi, BBSH kullanımını etkileyen etmenlerin daha sistematik ve karşılaştırılabilir biçimde incelenmesine katkı sağlamaktadır. (26)

Bireysel düzeyde BBSH kullanım örüntülerinin özellikle "ihtiyaç" bileşeni çevresinde daha tutarlı ilişkiler gösterebildiği bildirilmektedir. Kronik hastalık yükü, algılanan sağlık durumu ve işlevsellik gibi göstergeler; başvuru sıklığı ve sık başvuru paternleriyle ilişkilendirilebilen değişkenler arasında yer almaktadır. (4) Bununla birlikte, gereksinim göstergeleri tek başına kullanımın tüm boyutlarını açıklamak için yeterli olmayabilir; sosyoekonomik konum, eğitim ve gelir gibi etmenler hem erişim olanaklarını hem de hizmet arama/tercih davranışını biçimlendiren bir bağlam oluşturabilmektedir. (25)Ülkeler arası karşılaştırmalar, hekim başvurularında sosyoekonomik gradyanların gözlenebildiğini ve bu eşitsizliklerin sağlık sistemi performansını değerlendirmede anlamlı bir gösterge olabileceğini düşündürmektedir. (2) Benzer biçimde, birinci basamakta "karşılanmamış gereksinim" olgusunun sosyal belirleyicilerle ilişkili olabileceğini vurgulayan çalışmalar;

BBSH kullanımının yalnız başvuru sayılarıyla değil, erişim engelleri ve hakkaniyet boyutlarıyla birlikte ele alınmasını gerekli kılabilecek bir yaklaşım önermektedir. (3)

Sağlık sistemi ve hizmet sunumu düzeyinde ise örgütlenme modeli, sunulan hizmet paketi, sevk zinciri/gatekeeping düzenekleri, fiziksel erişim ve bakım sürekliliğini destekleyen mekanizmalar; BBSH kullanımını şekillendirebilen temel eksenler arasında yer almaktadır. Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamakta kurumsal yeniden yapılanma ve aile hekimliği modelinin yaygınlaştırılması, hizmet sunumu ve kullanım örüntülerinin dönüşümünde önemli bir politika bağlamı oluşturmuştur. (27) Reform sürecini değerlendiren çalışmalar, birinci basamak kullanımında ve kullanıcı memnuniyetinde zaman içinde değişimler olabileceğine işaret etmektedir. (26)Sahadaki uygulamaya odaklanan değerlendirmeler ise, süreklilik ve eşgüdüm gibi temel işlevlerin uygulama düzeyinde heterojen biçimde deneyimlenebileceğini ve bunun kullanım tercihleriyle ilişki gösterebileceğini düşündürmektedir. (27)

Türkiye'de BBSH kullanım davranışını irdeleyen kesitsel çalışmalar; başvurunun ekonomik koşullar, coğrafi yakınlık ve hizmetin yeterli/çözücü olduğuna ilişkin algılarla ilişki gösterebileceğini, bazı durumlarda üçüncü basamak tercihinin ise birinci basamakta "tetkik/çözüm kapasitesi" algısı ve yerleşik başvuru alışkanlıklarıyla bağlantılanabildiğini bildirmektedir. (28) (29) Bu bağlamda, BBSH kullanımını güçlendirmeye dönük yaklaşımların yalnızca hizmet arzını niceliksel olarak artırmaya odaklanmadığı; aynı zamanda hizmetin kapsamını, sorun çözme kapasitesini ve kişi odaklı niteliğini daha görünür ve ölçülebilir kılmayı da hedefleyebileceği değerlendirilebilir. (6) Yaşlı nüfusta ulusal veri üzerinden yapılan değerlendirmeler de sağlık sistemi dönüşüm dönemine eşlik eden kullanım ve memnuniyet göstergelerinde değişimler olabileceğini ortaya koymuş; yaşlı bireylerde BBSH kullanımını etkileyen etmenlerin bireysel gereksinimler kadar sistem bağlamı içinde de yorumlanması gerektiğini desteklemiştir. (30)

Sonuç olarak, yaşlı bireylerde BBSH kullanımını değerlendiren kesitsel araştırmalarda; Andersen modelinin bileşenleriyle uyumlu şekilde demografik-sosyoekonomik özellikler, erişim/kolaylaştırıcı etmenler, ihtiyaç/sağlık durumu göstergeleri ve hizmet niteliği algısının birlikte ele alınması; kullanım örüntülerinin daha bütüncül biçimde yorumlanmasına olanak sağlayabilir. (7) (25) (26) Bu yaklaşım aynı zamanda birinci basamağın temel işlevleri (ilk temas/ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsamlılık, eşgüdüm) ile hasta deneyimini yansıtan boyutların birlikte değerlendirilmesini destekleyerek, BBSH kullanımının yalnız "başvuru" düzeyinde değil, bakımın niteliği ve sürekliliği bağlamında da tartışılabilmesine katkı sunabilir. (31) Kesitsel tasarım gereği, bu bölümde sunulan çerçevenin; nedensellik iddiası oluşturmaksızın, değişkenler ve kullanım göstergeleri arasındaki ilişkiler üzerinden yapılandırılması uygun olacaktır.

2.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri (Starfield prensipleri)

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin işleyişinde merkezi bir konuma sahip olup toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli bir bileşen olarak değerlendirilmektedir. Birinci basamağın etkinliğini tanımlama ve ölçmeye yönelik yaklaşımlar içinde, Barbara Starfield'in literatürde "Starfield prensipleri" olarak

bilinen dört temel özelliği öne çıkmaktadır. Bu çerçevede birinci basamağın ayırt edici nitelikleri; ilk temas (erişilebilirlik), süreklilik (boylamsal bakım), kapsayıcılık ve koordinasyon başlıkları altında ele alınmaktadır. Starfield, birinci basamağın bu dört işlevi ne ölçüde yerine getirdiğinin; sağlık sistemlerinin daha düşük maliyetle daha iyi sağlık çıktıları üretmesiyle ilişkili olduğunu belirtmiştir. (92) (4)

2.4.1. İlk Temas (Ulaşılabilirlik)

İlk temas, bireylerin sağlık sistemiyle ilk karşılaşma noktasının birinci basamak olması gerektiğini ifade etmektedir. Yeni bir sağlık sorunu ortaya çıktığında ya da rutin izlem gereksinimi doğduğunda, başvurunun aile hekimi veya birinci basamak sağlık kuruluşu üzerinden gerçekleşmesi beklenmektedir. Bu yaklaşım, hizmetin coğrafi açıdan erişilebilir olmasını ve zamanında sunulmasını gerekli kılmaktadır

Starfield'ın çerçevesinde ilk temas, yalnızca fiziksel erişimi değil; idari ve finansal engellerin en aza indirilmesini de kapsamaktadır. Birinci basamağın "kapı tutucu" (gatekeeping) işlevi bu bağlamda değerlendirilmekte; sevk zinciri içinde uygun yönlendirme sağlanarak gereksiz ikinci ve üçüncü basamak başvurularının azaltılmasının, ilk temasın etkin kullanımıyla mümkün olduğu belirtilmektedir. (32)

2.4.2. Süreklilik (Continuity of Care): Boylamsal ve Kişisel

Süreklilik, hasta ile hekim arasında zaman içinde gelişen ve güvene dayalı bir ilişki kurulmasını ifade etmektedir. Literatürde "boylamsal süreklilik" (longitudinality) olarak da adlandırılan bu özellik, bakımın yalnızca hastalık dönemleriyle sınırlı kalmayıp, sağlık ve hastalık durumlarının tümünde devam etmesini gerektirmektedir.

Boylamsal süreklilik, hekimin hastayı biyopsikososyal bütünlük içinde tanımasına olanak sağlamakta; geçmiş sağlık öyküsünün, bireysel değerlerin ve sosyal çevrenin bilinmesinin tanısal doğruluğu artırarak gereksiz tetkik ve tedavileri azaltabileceği vurgulanmaktadır. Kişisel süreklilik ise, hastanın sağlık sistemiyle her temasında aynı sağlık personeli ya da ekibiyle karşılaşması ilkesine dayanmaktadır. (32) (33)

2.4.3. Kapsayıcılık (Comprehensiveness)

Kapsayıcılık, birinci basamağın toplumda yaygın görülen sağlık gereksinimlerinin geniş bir kısmını kendi düzeyinde karşılayabilme yetkinliğini tanımlar. Bu yaklaşım; koruyucu uygulamalar, tedavi edici hizmetler, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesine yönelik girişimlerin bütüncül bir çerçevede sunulmasını gerekli kılar.

Birinci basamakta hizmetin, yaş, cinsiyet veya organ sistemi ayrımı yapılmaksızın geniş bir klinik yelpazeyi kapsaması beklenmektedir. Akut enfeksiyonların yönetiminden kronik hastalık izlemlerine, aşı uygulamalarından kanser taramalarına kadar uzanan hizmetler, kapsayıcılık ilkesinin temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Starfield, kapsayıcılığın yetersiz kaldığı durumlarda hastaların parçalı bakım riskiyle karşı karşıya kalabileceğini belirtmektedir. (4)

2.4.4. Koordinasyon (Coordination) ve Entegrasyon

Koordinasyon, hastanın sağlık gereksinimlerinin karşılanması sürecinde birinci basamağın merkezî bir rol üstlenmesini ve bakımın yönlendirici unsuru olarak işlev görmesini ifade etmektedir. Birinci basamakta çözülemeyen sorunlar için üst basamaklara sevk süreci yürütülürken, bu süreçteki bilgi akışının yönetilmesi koordinasyonun kapsamına girmektedir. (32) (33)

Entegrasyon ise, farklı hizmet sunucuları arasında hastaya ait tıbbi bilgilerin (epikriz, laboratuvar bulguları, ilaç geçmişi) eksiksiz ve zamanında paylaşılmasını içermektedir. Özellikle multimorbidite bulunan yaşlı bireylerde bakımın bütünlüğünün korunması ve polifarmasi riskinin yönetilebilmesi açısından koordinasyonun kritik bir önem taşıdığı ifade edilmektedir. Güçlü koordinasyonun, tekrarlayan testlerin önlenmesine ve tıbbi hataların azaltılmasına katkı sağlayabileceği belirtilmiştir. (4)

Sonuç olarak, Starfield tarafından tanımlanan ilk temas, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon özelliklerinin birbirinden bağımsız olmadığı; aksine birbirini tamamlayan ve birlikte çalıştığında kümülatif etki oluşturan bir yapı sergilediği bildirilmektedir. Birinci basamak hizmetlerinin bu prensipler doğrultusunda güçlendirilmesinin, sağlık hizmetlerine erişimi artırdığı, bakım kalitesini yükselttiği ve koruyucu hizmetlere odaklanmayı desteklediği belirtilmektedir. Literatürde, bu temel özellikleri güçlü biçimde barındıran sağlık sistemlerinde toplum sağlığı çıktılarının iyileştiği, maliyetlerin daha iyi kontrol edilebildiği ve sağlıkta hakkaniyetin artırılabildiği yönünde tutarlı bulguların bulunduğu ifade edilmektedir. Bu çerçevede birinci basamağın, yalnızca bir hizmet sunum düzeyi olarak değil, rasyonel bir sağlık sisteminin "omurgası" olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (32) (33)

2.5. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)

2.5.1. Ölçeğin Gelişimi, Amacı ve Kapsamı

Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği–BDÖ (Primary Care Assessment Survey, PCAS), birinci basamak sağlık hizmetlerinin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesini amaçlayan bir ölçektir ve Safran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde Massachusetts eyaletinden seçilen 6094 kişilik bir örneklemde uygulanmış; geçerlilik ve güvenilirlik özellikleri ayrıntılı biçimde incelenmiştir. Hasta deneyimi temelinde birinci basamağın temel niteliklerini nicel olarak değerlendiren PCAS, özgün formunda 11 alt boyut içermekte; herhangi bir boyuta dahil edilmeyen ve tarama amacı taşıyan iki madde ile toplam 51 sorudan oluşmaktadır. (21)

PCAS'ın yapılandırılmış formu, birinci basamak hizmetlerini şu boyutlar üzerinden ele alır: Ulaşılabilirlik (finansal ve örgütsel), Süreklilik (boylamsal ve hekim temelli), Kapsayıcılık (koruyucu ve sağaltıcı hizmetler), Eşgüdüm/Entegrasyon, Kişisel Yaklaşım, Hizmet Memnuniyeti (fizik bakım ve iletişim) ve Güven. Bu yapı sayesinde ölçek; birinci basamağın erişim, süreklilik ve kapsam gibi daha çok yapısal bileşenlerini, iletişim, memnuniyet ve güven gibi süreç ve ilişki odaklı bileşenlerle birlikte, hasta perspektifinden eş zamanlı değerlendirmeye olanak tanımaktadır. (34)

İzleyen dönemde yürütülen uluslararası çalışmalarla ölçeğin faktör yapısı yeniden gözden geçirilmiş ve PCAS alt boyutlarının yedi boyutlu bir yapı altında toplandığı bildirilmiştir. Bu yedi boyutlu yapının Türkçe sürümüne ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik, Eser ve arkadaşlarının Manisa kent merkezinde yürüttüğü çalışma ile ortaya konmuştur. Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığının güçlü olduğu ve Cronbach alfa katsayılarının 0,80–0,90 aralığında bulunduğu ifade edilmiştir. (34)

Primary Care Assessment Survey (PCAS), Safran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup birinci basamağın yedi temel özelliğini değerlendirmeye yönelik bir ölçektir. (21)Primary Care Assessment Tool (PCAT) ise Starfield ve arkadaşlarının geliştirdiği; dört temel ve üç türetilmiş özelliği ölçmeyi amaçlayan bir araçtır. (35) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen PCET (Primary Care Evaluation Tool) ölçeğinde değerlendirme dört temel boyut üzerinden yapılmakta; bu boyutlar ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm olarak tanımlanmaktadır. (36)

Bu araştırmada tercih edilen BDÖ (PCAS), farklı saha çalışmaları ve klinik araştırmalarda uygulanabilirliği gösterilmiş bir ölçektir. BDÖ (PCAS) kullanılarak yürütülen bir çalışmada, 2813 kişilik örneklemde yer alan yedi boyutun; “hasta-hekim ilişkisi” ve “yapısal” özellikleri temsil eden iki ana başlık altında toplandığı bildirilmiştir. (19) (21)

Yaşlı popülasyonda yapılan çalışmalarda, birinci basamak hizmet kalitesinin; özellikle işlevsel kaybı bulunan 65 yaş üstü bireylerde işlev kaybı ile ilişkili olabileceği ve ayrıca yaşlılıkla birlikte görülen morbidite örüntülerinin birinci basamak hizmet kalitesiyle bağlantılı biçimde ele alındığı bildirilmektedir. (23) (37)

2.5.2. Ölçeğin Teorik Çerçevesi ve Alt Boyutları

Tablo 1. PCAS alt boyut, boyut ve özet boyutları

	Alt Boyutlar (11)	**Boyutlar (7)**	**Özet Boyutlar (2)**
1 2.	Finansal Ulaşılabilirlik Örgütsel Ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik	1.Yapısal Özet boyut
3. 4.	Boylamsal Süreklilik Hekim Temelli Süreklilik	2.Süreklilik	
5. 6.	Hastanın Bütüncül bilgisi Koruyucu hizmetler ve Danışmanlık	3.Kapsayıcılık	
7.	Eşgüdüm (Entegrasyon)	4.Eşgüdüm	
8. 9.	İletişim Fiziksel bakı	5.Hizmet memnuniyeti	2.Hekim-Hasta İlişkisi Özet boyutu
10.	Kişisel yaklaşım	6.Kişisel yaklaşım	
11.	Güven	7.Güven	

Bu boyutların ölçekte tanımlanan içerikleri aşağıda sunulmuştur:

1. Ulaşılabilirlik: Önerilen tedaviler ve hekim muayenesi için yapılması gereken ödeme yükünün değerlendirilmesini; sağlık sorunu ortaya çıktığında telefon yoluyla hekime erişerek bilgi ve randevu alınabilmesini; birinci basamak kuruluşunun yerleşim yerine yakınlığını ve hizmet saatlerinin uygunluğunu kapsar.

2. Süreklilik: Hastanın hekime kayıtlı olduğu sürenin yanı sıra, rutin kontrol muayeneleri ve hastalık nedeniyle yapılan başvurularda kendi hekimiyle **ne sıklıkta** görüşebildiğinin sorgulanmasını içerir.

3.Kapsayıcılık: Hekimin, hastanın tıbbi özgeçmişine ve iş/ev/okul gibi yaşam alanlarındaki sorumluluklarına yaklaşımını; temel sağlık sorunlarını ele alış biçimini, ayrıca hastanın inanç ve değerleri ile koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik tutum ve uygulamalarının değerlendirilmesini ifade eder.

4.Eşgüdüm: Sevk edilen hastanın yataklı tedavi kurumlarındaki izlem süreci veya uzman hekim değerlendirmeleri sonrasında oluşan muayene ve laboratuvar bilgilerinin birinci basamakta biriktirilmesini ve bu bilgi akışının koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün hasta tarafından değerlendirilmesini kapsar.

5. Hizmet memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat; yaptığı açıklama ve önerilerin anlaşılırlığı, hastanın sağlıkla ilgili karar süreçlerinde sağlanan destek ile fizik bakımın yeterliliğinin hasta açısından değerlendirilmesini içerir.

6. Hekimin Kişisel Yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostça tutumu, nezaketi ve ilgisinin; ayrıca hastaya ayırdığı zamanın hasta tarafından değerlendirilmesine odaklanır.

7 Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğü ve yeterliliğinin, ayrıca tıbbi bakım sürecinde hastanın temsilcisi olarak üstlendiği rolün hasta perspektifinden değerlendirilmesini ifade eder.

Ölçekteki maddeler altılı Likert tipinde düzenlenmiştir (en düşük=1, en yüksek=6) ve puan yükseldikçe ilgili özelliğin daha “iyi” düzeyde olduğu kabul edilmektedir. Olumsuz ifade içeren bazı sorular için (Soru no: 11b, 12b, s14a, s15a, s26, s23a, s23c, s23e, s23g, s24) ters puanlama (geri çevirim) uygulanmış; boyut puanları bu işlem sonrasında hesaplanmıştır. Örneğin s23g maddesindeki “Doktorum sağlığımla ilgili hata yaptığında benden saklamaya çalışır” ifadesine kesinlikle katılıyorum yanıtı verenlerin 6 puan yerine 1 puan alacağı şekilde geri çevirim yapılmıştır ve boyut puanları buna göre oluşturulmuştur. Geri çevirim işlemlerinin ardından boyut puanları hesaplanmıştır. Boyut puanı, ilgili boyutu oluşturan maddelerden elde edilen puanların ortalamaları esas alınarak oluşturulmuş; daha sonra elde edilen değerler 0–100 aralığına dönüştürülmüştür. Bu dönüşümde, PCAS skorlama rehberinde tanımlanan standart formül kullanılmıştır:

Dönüşüm puanı = (alınan puan − min puan) × 100 / (max − min puan farkı)

Yüzdelik sisteme dönüştürme yapılmadan önce, ilgili değişkenler için teorik olarak mümkün olan en düşük ve en yüksek puan değerleri Tablo 2’de sunulmuştur.

Tablo 2. PCAS Ölçeğinin 100'lük Sisteme Çevrilmeden Önce Puan Aralıkları

Boyut	Soru Sayısı		Min Puan	Max Puan	Max-Min Puan Farkı
Finansal ulaşılabilirlik	2	FINU1-FINU2	2	12	10
Örgütsel ulaşılabilirlik	6	ORGU1-ORGU6	6	36	30
Boylamsal süreklilik	1	BS	1	5	4
Hekim temelli süreklilik	2	** HTS1-HTS2	2	12	10
Hastanın bütüncül bilgisi	5	** HBB1, HBB2-HBB55	5	30	25
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	7	** KOHD1-KOHD7	0	7	7
Eşgüdüm	6	EŞG1-EŞG6	6	36	30
Fiziksel bakı	1	FM1	1	6	5
İletişim	6	İLT1-İLT6	6	36	30
Kişisel yaklaşım	5	KŞSY1-KŞSY5	5	30	25
Güven	8	** GVN1, GVN3, GVN5, GVN6, GVN2, GVN4, GVN7, GVN8	8	40	32

** Dönüştürülmüş sorular

Tablo 3. PCAS Boyutları ve Soruların İçerikleri

Boyutlar	Soru	Soruların içerikleri
Finansal ulaşılabilirlik	FINU1 (S11b)	Muayene için ödeme yükü
	FINU2 (S12b)	İlaç/önerilen tedaviler için harcama yükü
Örgütsel ulaşılabilirlik	ORGU1 (S9b)	Randevu bekleme süresi
	ORGU2 (S10b)	Muayene öncesi bekleme süresi
	ORGU3 (S13a)	Telefonla hekime ulaşabilme
	ORGU4 (S13b)	Telefonla tıbbi yardım alabilme
	ORGU5 (S7b)	Ulaşım/konuma erişim kolaylığı
	ORGU6 (S8b)	Hizmet saatlerinin uygunluğu
Boylamsal süreklilik	BS (S2)	Aynı hekimle ilişki süresi / devamlılık
Hekim temelli süreklilik	HTS1 (S14a)	Kontrol/ check-up'ta kendi hekimini görebilme
	HTS2 (S15a)	Hastalık başvurusunda kendi hekimine muayene olabilme
Hastanın bütüncül bilgisi	HBB1 (S26)	Acil durumda tercihler/temsil rolü bilgisi
	HBB2 (S25a)	Tıbbi özgeçmişi bilme
	HBB3 (S25b)	Ev/iş sorumluluklarını bilme
	HBB4 (S25c)	Sağlıkla ilişkili yaşam koşullarını bilme
	HBB5 (S25d)	İnanç/kültürel değerleri bilme
Koruyucu hizmetler ve danışmanlık	KOHD1 (S21a)	Sigara danışmanlığı
	KOHD2 (S21b)	Alkol danışmanlığı
	KOHD3 (S21c)	Aile planlaması danışmanlığı
	KOHD4 (S21d)	Sağlıklı beslenme danışmanlığı
	KOHD5 (S21e)	Egzersiz danışmanlığı
	KOHD6 (S21f)	Stres yönetimi danışmanlığı
	KOHD7 (S21g)	Güvenli cinsel yaşam danışmanlığı
Eşgüdüm	EŞG1 (S31a)	Uzman seçimine yardım
	EŞG2 (S31b)	Uzman randevusuna erişimde yardım
	EŞG3 (S31c)	Uzmanın değerlendirme/tedavisini anlamada yardım
	EŞG4 (S31d)	Diğer hekimlerle iletişim/koordinasyon
	EŞG5 (S31e)	Uzmanın öneri/tedavilerini anlamada destek
	EŞG6 (S31f)	Sevk edilen uzmanın niteliğine ilişkin algı
Fiziksel bakı	FM1 (S16a)	Fizik muayenenin yeterliliği
İletişim	İLT1 (S17a)	Şikâyeti anlama için soru sorma
	İLT2 (S17b)	Dikkatlilik/özen
	İLT3 (S17c)	Açıklamaların anlaşılırlığı
	İLT4 (S17d)	Rapor/sonuçların değerlendirilmesi
	İLT5 (S17e)	Karar verme sürecinde destek
	İLT6 (S18)	Soruları yanıtlama/yanıt alabilme
Kişisel yaklaşım	KŞSY1 (S19a)	Ayrılan zamanın yeterliliği
	KŞSY2 (S19b)	Sorunlara karşı sabır/ilgilenme
	KŞSY3 (S19c)	Yakınlık/dostça tutum
	KŞSY4 (S19d)	İlgi ve bakım algısı
	KŞSY5 (S19e)	Saygı/özen algısı
Güven	GVN1 (S23a)	Şeffaflık/dürüst iletişim algısı
	GVN2 (S23b)	Hekimin kesinlik/eminlik algısı
	GVN3 (S23c)	Klinik kararlarına güven
	GVN4 (S23d)	Maliyet duyarlılığı algısı
	GVN5 (S23e)	Olumsuz bilgiyi paylaşma (doğruluk)
	GVN6 (S23f)	Hastaya önem verme algısı
	GVN7 (S23g)	Hata olduğunda saklama eğilimi algısı (ters)
	GVN8 (S24)	Genel güven puanı

2.6. Araştırma Sorusu, Amaç ve Hipotezler

2.6.1. Araştırma sorusu

Bu kesitsel çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını/bakım deneyimini yansıtan Primary Care Assessment Survey (PCAS) boyut ve alt boyut puanları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bu çerçevede araştırma sorusu şu şekilde tanımlanmıştır: "65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını yansıtan PCAS boyut ve alt boyut puanları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasında ilişki var mıdır?" Kesitsel tasarım nedeniyle bulgular, değişkenler arasındaki ilişki/bağlantı düzeyinde yorumlanmıştır.

2.6.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın genel amacı; 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını/bakım deneyimini yansıtan PCAS boyut ve alt boyut puanları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkileri incelemektir.

2.6.3. Araştırmanın hipotezi

Bu çalışmada hipotezler, kesitsel araştırma yaklaşımına uygun biçimde nedensellik iddiası içermeyecek şekilde oluşturulmuştur.

- H_0: 65 yaş ve üzeri bireylerde PCAS boyut ve alt boyut puanları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur.
- H_1:65 yaş ve üzeri bireylerde PCAS boyut ve alt boyut puanları ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran/izlenen 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımına ve bakım deneyimine ilişkin durumun değerlendirilmesi amacıyla planlanmış tek merkezli, gözlemsel ve analitik kesitsel bir çalışmadır. Veri toplama sürecinde, birinci basamak hizmetlerine ilişkin deneyim ve algıyı ölçmek için Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Primary Care Assessment Survey, PCAS) ile sosyodemografik ve klinik özellikleri içeren yapılandırılmış bir anket formu kullanılmış; veriler gönüllü katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilmiştir.

Araştırmanın temel bağımlı değişkeni polifarmasi varlığı/yokluğudur. Ana bağımsız değişken, PCAS toplam ve alt boyut puanları ile temsil edilen birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma ve bakım kalitesine ilişkin algıdır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir düzeyi, medeni durum, yaşam düzeni, kronik hastalık sayısı ve türü, sağlık güvencesi durumu ve sağlık hizmeti kullanım sıklığı gibi sosyodemografik ve klinik özellikler potansiyel

ilişkili faktörler olarak değerlendirilecektir. Örneklem seçimi, veri toplama süreci ve istatistiksel analizler (tanımlayıcı istatistikler, iki değişkenli karşılaştırma testleri ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi; IBM SPSS Statistics 30.0, $p<0,05$ anlamlılık düzeyi) ilgili etik kurul başvurusu ve onaylı çalışma protokolü doğrultusunda yapılandırılmıştır.

3.1. Araştırmanın Tipi ve Tasarımı

Bu çalışma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülen tek merkezli, gözlemsel ve analitik kesitsel bir araştırmadır. Çalışma kapsamında 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı/bakım deneyimine ilişkin algı, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Primary Care Assessment Survey, PCAS) ile ölçülmüş; katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile PCAS puanları arasındaki ilişkiler, verilerin toplandığı aynı zaman dilimi içinde değerlendirilmiştir.

Veriler, çalışma döneminde polikliniğe başvuran katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Çalışma süresince polikliniğe başvurup dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve katılım için gönüllü olan bireyler ardışık başvuru (consecutive sampling) yaklaşımıyla araştırmaya dahil edilmiştir. Bilgilendirilmiş onamın alınmasını takiben, katılımcılara sosyodemografik bilgi formu ve PCAS aynı oturumda uygulanmıştır. Kesitsel tasarımın doğası gereği, elde edilen bulgular nedensel çıkarım amacı taşımaksızın değişkenler arasındaki ilişki/bağlantı düzeyinde yorumlanacaktır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülmektedir. Söz konusu poliklinik; üniversite hastanesi bünyesinde çocuk, erişkin ve yaşlı bireylere ayaktan sağlık hizmeti sunan, aynı zamanda eğitim ve araştırma işlevlerini sürdüren bir birimdir.

Etik kurul onayı ve kurum izinlerinin tamamlanmasını izleyen dönemde, veri toplama sürecinin Ocak 2025–Haziran 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Bu zaman aralığında Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş ve üzeri ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden, yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplanacaktır.

3.3. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın hedef evrenini, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nden hizmet alan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışma evreni ise, belirlenen veri toplama dönemi olan Ocak 2025–Haziran 2025 tarihleri arasında ilgili polikliniğe başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerden meydana gelmektedir.

Araştırma, tek merkezli, gözlemsel ve analitik kesitsel tasarımda planlanmıştır. Örneklem, veri toplama süresi boyunca polikliniğe başvuran ve dahil edilme ölçütlerini karşılayan bireyler arasından ardışık başvuru (consecutive sampling) yaklaşımıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra katılımcılardan

yüz yüze görüşme yöntemiyle veri toplanmış; bu kapsamda sosyodemografik veri formu ile Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Primary Care Assessment Survey, PCAS) aynı oturumda uygulanmıştır. Kesitsel tasarım gereği, bulgular birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını etkileyen değişkenlerle ilişki/bağlantı düzeyinde ele alınacak; nedensel çıkarım yapılmayacaktır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvurmuş olmak,
- Aynı aile hekimine en az 3 yıldır kayıtlı olmak,

Dışlanma kriterleri ise şu şekilde belirlenmiştir:

- Kanser hastası olmak,
- Gerçeklik algısını etkileyen ruhsal bir hastalığın bulunması (psikotik bozukluklar vb.).

Bu çalışma başlangıçta polifarmasi varlığına göre gruplar oluşturularak karşılaştırma yapılmasını hedefleyen olgu-kontrol tasarımında planlanmış ve örneklem büyüklüğü de bu plan doğrultusunda hesaplanmıştır. Ancak veri toplama sürecinde katılımcılar olgu-kontrol tasarımının gerektirdiği şekilde seçilmemiş/eşleştirilmemiş, bunun yerine veri toplama döneminde polikliniğe başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan uygun bireyler ardışık olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bu nedenle, çalışmanın yürütülme biçimi ve örneklem oluşumu olgu-kontrol tasarımının temel varsayımlarını (özellikle seçilmiş olgu-kontrol grupları ve planlı eşleştirme) karşılamadığından, araştırma gözlemsel-analitik kesitsel tasarım çerçevesinde raporlanmış ve analiz planı buna göre yapılandırılmıştır.

Kesitsel analitik çalışmalarda örneklem büyüklüğünün değerlendirilmesinde, yalnızca iki grup arasındaki farkın saptanması değil; aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını (PCAS ile nicelleştirilen) etkileyebilecek sosyodemografik ve klinik değişkenlerin çok değişkenli modellerde birlikte incelenebilmesi ve tahminlerin belirsizliğinin (güven aralıklarının) kabul edilebilir düzeyde olması dikkate alınır. Bu bağlamda örneklem, çalışma döneminde ulaşılan başvuruların ardışık dahil edilmesiyle oluşmuş; analizlerde olası aşırı uyum (overfitting) riskini azaltmak için modele alınacak değişken sayısı kuramsal gerekçeye ve veri setinin izin verdiği düzeye göre sınırlandırılarak sonuçlar ilişki düzeyinde yorumlanmıştır. Bu yaklaşım, çalışma tasarımındaki değişikliğin şeffaf biçimde belirtilmesini ve bulguların kesitsel araştırmaların doğasına uygun şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu kesitsel araştırmada veriler, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran; çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme/dışlanma ölçütlerini karşılayan 65 yaş ve üzeri bireylerden yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Veri toplama sürecinde iki temel araç kullanılmıştır: (i) katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyodemografik Bilgi Formu ve (ii) birinci basamak sağlık hizmetlerine

ilişkin deneyim ve algıyı çok boyutlu biçimde değerlendirmek amacıyla Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Primary Care Assessment Survey, PCAS).

Tüm katılımcılara aynı görüşme oturumunda önce Sosyodemografik Bilgi Formu, ardından PCAS uygulanmıştır. Veri toplama sürecinin standartlaştırılması amacıyla görüşmeler araştırmacı tarafından yürütülmüş; bu sayede ölçümlerin uygulanma biçimi açısından olası değişkenlik azaltılmaya çalışılmıştır. Bu iki aracın birlikte kullanılması, 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını etkileyebilecek sosyodemografik/klinik örüntülerin, birinci basamak bakım deneyimi ve algısı ile değerlendirilmesine olanak sağlamıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmada kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu, literatür ve klinik deneyim doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış, yapılandırılmış bir veri toplama aracıdır. Form, 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını (PCAS ile nicelleştirilen) etkileyebilecek sosyodemografik ve klinik özellikleri sistematik biçimde değerlendirmek amacıyla düzenlenmiştir.

Form kapsamında katılımcıların yaşı (yıl) ve cinsiyeti (erkek/kadın) kaydedilmiştir. Sosyal ve yaşam koşullarını yansıtmak üzere çalışma durumu (çalışıyor/çalışmıyor) ve yalnız yaşama durumu (yalnız / aile-arkadaş ile) sorgulanmıştır. Yaşam tarzı değişkenleri olarak sigara kullanımı (hiç içmemiş / halen içiyor) ve alkol kullanımı (evet/hayır) değerlendirilmiştir. Sosyoekonomik göstergeler kapsamında sağlık güvencesi (var/yok) ve gelir düzeyi (düşük/yüksek) kaydedilmiştir.

Klinik yükü yansıtmak üzere düzenli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık sayısı ve düzenli kullanılan ilaç sayısı görüşme sırasında katılımcı beyanına dayalı olarak kayıt altına alınmıştır. Bulgular bölümünde karşılaştırmalı analizlerde kullanılmak üzere hastalık sayısı 0–3 ve 4–7, ilaç sayısı ise 0–3 ve 4–7 kategorileri şeklinde sınıflandırılmıştır. Yaş değişkeni, tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişken olarak özetlenmiş; ayrıca PCAS boyut ve alt boyut puanları ile ilişkisi Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Formdan elde edilen veriler, kesitsel tasarım çerçevesinde PCAS boyut/alt boyut puanları ile ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik faktörlerin incelenmesinde açıklayıcı ve/veya kontrol değişkenleri olarak analize dahil edilmiştir.

3.4.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)

Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği–BDÖ (Primary Care Assessment Survey, PCAS), birinci basamak sağlık hizmetlerinin hasta perspektifinden değerlendirilmesi amacıyla Safran ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek, ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde Massachusetts eyaletinden seçilen 6094 kişilik bir örneklemde uygulanmış; geçerlilik ve güvenilirlik özellikleri ayrıntılı biçimde raporlanmıştır. PCAS, hasta deneyimine dayalı olarak birinci basamağın temel niteliklerini nicel biçimde ölçmeyi hedefler; özgün

formunda 11 alt boyut içerir ve boyutlara dahil edilmeyen iki tarama maddesiyle birlikte toplam 51 sorudan oluşur. (21)

PCAS'ın yapılandırılmış formunda birinci basamak hizmetlerinin başlıca özellikleri şu boyutlar üzerinden değerlendirilmektedir: Ulaşılabilirlik (finansal ve örgütsel), Süreklilik (boylamsal ve hekim temelli), Kapsayıcılık (koruyucu ve sağaltıcı hizmetler), Eşgüdüm/Entegrasyon, Kişisel Yaklaşım, Hizmet Memnuniyeti (fizik bakım ve iletişim) ve Güven. Bu çerçeve, birinci basamağın erişim–süreklilik–kapsam gibi daha çok yapısal yönleri ile iletişim, memnuniyet ve güven gibi süreç/ilişki odaklı yönlerini, hasta bakış açısından birlikte değerlendirmeye olanak tanımaktadır. (34)

İzleyen dönemde yürütülen uluslararası çalışmalarla ölçeğin faktör yapısı yeniden ele alınmış ve PCAS alt boyutlarının yedi boyutlu bir yapı altında toplandığı bildirilmiştir. Bu yedi boyutlu yapının Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği, Eser ve arkadaşlarının Manisa kent merkezinde yürüttüğü çalışma ile gösterilmiş; Türkçe uyarlamada iç tutarlılığın güçlü olduğu ve Cronbach alfa katsayılarının 0,80–0,90 aralığında bulunduğu belirtilmiştir. (34)

Bu çalışma kapsamında Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Primary Care Assessment Survey, PCAS), Türkçe geçerlilik–güvenirlik çalışması tamamlanmış sürümü kullanılarak katılımcıların öz bildirimlerine dayalı biçimde yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. PCAS maddeleri Likert tipi yanıt seçenekleri içermekte; puanlama sürecinde özgün ölçekte tanımlandığı şekilde belirli maddeler ilgili alt boyut ve boyut puanlarının hesaplanmasına dâhil edilmektedir. Her bir boyut (ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm/entegrasyon, hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve güven) ile özet boyutlardan elde edilen puanlar, katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin deneyim ve algı düzeylerini nicel olarak yansıtmaktadır.

Bu tezde PCAS puanları, 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesinde ana açıklayıcı değişkenler arasında ele alınmıştır. Buna göre PCAS'ın boyut ve özet boyut puanları; sosyodemografik özellikler (ör. cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvence), sağlık durumu ve klinik göstergeler (ör. kronik hastalık sayısı, ilaç kullanımı) ile analiz edilerek, birinci basamak sağlık hizmeti kullanım örüntüleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Kesitsel tasarım gereği, PCAS puanları ile hizmet kullanım göstergeleri arasındaki bulgular ilişki düzeyinde yorumlanmış; nedensel çıkarım yapılmamıştır.

3.5. Değişkenler

Bu kesitsel çalışmada değişkenler; (i) birinci basamak sağlık hizmeti kullanımını/deneyimini yansıtan PCAS puanları ve (ii) bu puanlarla ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik göstergeler olmak üzere iki ana grupta ele alınmıştır. PCAS boyut ve alt boyut puanları çalışmanın sonuç değişkenleri (bağımlı değişkenler) olarak değerlendirilmiş; yaş, cinsiyet, yaşam düzeni, çalışma durumu, sigara/alkol kullanımı, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, kronik hastalık sayısı ve ilaç sayısı ise açıklayıcı değişkenler olarak analiz planına dâhil edilmiştir. Bulgularda yer alan karşılaştırmalar ve çok değişkenli modeller, PCAS boyut puanları (özellikle

Ulaşılabilirlik ve Süreklilik) ile sosyodemografik-klinik faktörler arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik yapılandırılmıştır.

3.5.1. Bağımlı Değişken (PCAS Boyut ve Alt Boyut Puanları)

Çalışmanın bağımlı değişkenleri, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) ile elde edilen boyut ve alt boyut puanlarıdır. PCAS kapsamında; Ulaşılabilirlik, Süreklilik, Kapsayıcılık, Hizmet memnuniyeti, Kişisel Yaklaşım, Güven boyut puanları tüm katılımcılarda değerlendirilmiştir. Eşgüdüm/Entegrasyon boyutu ise ölçeğin yanıt paternine bağlı olarak uygun yanıt seti bulunan katılımcılarda analiz edilmiştir (Bulgular bölümünde bu durum ilgili boyut için ayrı N ile raporlanmıştır).

3.5.2. Bağımsız Değişkenler (Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler)

Bağımsız değişkenler Sosyodemografik Bilgi Formu ile elde edilen verilerden oluşturulmuştur. Bu kapsamda; yaş (sürekli), cinsiyet, çalışma durumu, yaşam düzeni, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, kronik hastalık sayısı ve ilaç sayısı analizlere dâhil edilmiştir. Değişkenler, veri dağılımı ve analiz planına uygun olarak sürekli ya da kategorik biçimde ele alınmış; PCAS boyut/alt boyut puanları ile ilişkileri ikili karşılaştırmalar, korelasyon analizleri ve çok değişkenli modeller aracılığıyla değerlendirilmiştir.

3.5.3. Kontrol Değişkenleri

Kesitsel analizlerde, PCAS puanları ile açıklayıcı değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde potansiyel karıştırıcı olabilecek değişkenler özellikle dikkate alınmıştır. Yaş ve cinsiyet hem sağlık hizmeti kullanım örüntüleri hem de bakım deneyimi algısı üzerinde etkili olabilecek temel demografik değişkenlerdir. Benzer biçimde kronik hastalık yükü ve ilaç sayısı, yaşlı bireylerde sağlık gereksinimi düzeyini yansıtabilen klinik göstergeler olup birinci basamakla temas sıklığı ve hizmet deneyimi ile ilişkili olabilir. Bu nedenle, çok değişkenli analizlerde (tezde özellikle Ulaşılabilirlik ve Süreklilik için yürütülen modellerde) bu değişkenler kavramsal uygunluk ve tek değişkenli bulgular birlikte değerlendirilerek modele alınmış; böylece PCAS puanları ile ilişkili faktörler yorumlanırken olası karıştırıcı etkiler için istatistiksel düzeltme yapılması amaçlanmıştır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama süreci, etik kurul onayı ile gerekli kurumsal izinler tamamlandıktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülmüştür. Çalışma evreni, Ocak 2025–Haziran 2025 tarihleri arasında söz konusu polikliniğe başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşmaktadır.

Çalışma döneminde polikliniğe başvuran ve dahil edilme ölçütlerini karşılayan katılımcılar, ardışık başvuru yaklaşımı doğrultusunda değerlendirilerek araştırmaya davet edilmiştir. Poliklinik başvurusu sırasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme ile katılımcılara çalışmanın amacı, kapsamı ve gönüllü katılım esasları

açıklanmış; bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra Sosyodemografik Bilgi Formu ile Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) aynı oturumda uygulanmıştır.

Tüm katılımcılara önce sosyodemografik bilgi formu uygulanmış, ardından PCAS doldurtulmuştur. Görüşmeler aynı araştırmacı tarafından yürütülmüş; böylece veri toplama sürecinde standardizasyonun sağlanması amaçlanmıştır.

Elde edilen veriler öncelikle kâğıt temelli formlar üzerinde toplanmış, daha sonra IBM SPSS 30.0 paket programına girilerek elektronik ortama aktarılmıştır. Veri girişi sırasında olası hataları en aza indirmek için çift kontrol yapılmış; eksik ya da tutarsız kayıtlar gözden geçirilerek gerekli durumlarda ilgili form yeniden değerlendirilmiştir. Bu süreç sonunda oluşturulan veri seti; tanımlayıcı istatistikler, ikili karşılaştırmalar, yaş ile PCAS boyut/alt boyut puanları arasındaki Spearman korelasyon analizleri, ölçek iç tutarlılık (güvenirlik) analizleri ve PCAS Ulaşılabilirlik ile Süreklilik puanları için çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri için hazır hale getirilmiştir.

Veri toplama süreci boyunca katılımcıların kimlik ve klinik bilgileri gizli tutulmuş; elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılmış ve çalışma kapsamında üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

3.7. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışma, yürürlükteki ulusal mevzuat, Dokuz Eylül Üniversitesi'nin ilgili düzenlemeleri ve Helsinki Bildirgesi ilkeleri dikkate alınarak planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırma protokolü ile veri toplama araçları (sosyodemografik bilgi formu, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu), Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulmuş; etik kurul onayı alındıktan sonra saha uygulamasına geçilmiştir.

Etik kurul onayını takiben, çalışmanın Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde, Aile Hekimliği Polikliniği'nde yürütülebilmesi için gerekli kurumsal izinler; ilgili birimler (Başhekimlik ve Anabilim Dalı Başkanlığı) üzerinden temin edilmiştir. Süreç boyunca katılımcı hakları gözetilmiş; gönüllülük esasına dayalı katılım, istenilen zamanda araştırmadan çekilme hakkı, veri gizliliği ve kişisel verilerin korunmasına ilişkin ilkeler doğrultusunda hareket edilmiştir.

3.7.1. Etik kurul onayı

Araştırmanın yürütülmesi için gerekli etik onay, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Etik kurula sunulan başvuru dosyasında araştırma protokolü, literatür özeti ve veri toplama araçları (sosyodemografik bilgi formu, Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu) yer almıştır. Kurul tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, "65 Yaş Üzerindeki Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından Koruyucu Bir Faktör Müdür?" başlıklı bu çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiş ve araştırmanın yürütülmesine izin verilmiştir.

Etik kurul onayı kapsamında, çalışmanın gönüllülük esasına göre yürütüleceği, katılımcılara araştırmanın amacı, kapsamı, olası yarar ve riskleri hakkında yeterli bilgilendirme yapılacağı ve yazılı onamları alındıktan sonra veri toplanacağı taahhüt edilmiştir. Ayrıca, elde edilecek verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı, kişisel kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı belirtilmiştir.

3.7.2. Kurumsal izinler

Etik kurul onayına ek olarak, çalışmanın sahada yürütülebilmesi için ilgili kurumsal izinler alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden, Aile Hekimliği Polikliniği'nde poliklinik hizmetlerini aksatmayacak şekilde, gönüllü hastalarla yüz yüze anket yapılmasına ve araştırma kapsamında veri toplanmasına izin verilmiştir (Başhekimlik onay yazısı, Ek 1).

Ayrıca, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı, poliklinik çalışma düzeni içinde uzmanlık tezi kapsamında bu araştırmanın yürütülmesini uygun bulmuş ve Aile Hekimliği Polikliniği'nde çalışma yapılmasına yönelik yazılı izin vermiştir. İlgili yazıda, araştırmanın gönüllülük esasına göre yürütülmesi, klinik işleyişin aksatılmaması ve elde edilen verilerin anonimleştirilerek yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılması koşulları vurgulanmıştır.

Bu kurumsal izinler doğrultusunda veri toplama süreci, poliklinik çalışma düzenine uyumlu biçimde, katılımcı mahremiyetini sağlayan uygun fiziki koşullarda ve yalnızca bilgilendirilmiş onamı bulunan gönüllülerle gerçekleştirilmiştir.

3.8. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler IBM SPSS Statistics 30.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Değişkenler öncelikle tanımlayıcı istatistiklerle özetlenmiş; PCAS boyut ve alt boyut puanlarının sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi farklı analiz yaklaşımlarıyla incelenmiştir. İki kategorili değişkenlere göre PCAS puanlarının karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler arasındaki karşılaştırmalarda ise Ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş ile PCAS puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. PCAS Ulaşılabilirlik ve Süreklilik puanları ile ilişkili olabilecek etmenler, çok değişkenli doğrusal regresyon modelleri üzerinden analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel testlerde iki yönlü yaklaşım benimsenmiş ve $p<0,05$ düzeyi istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

3.8.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Sosyodemografik ve klinik değişkenler ile PCAS boyut/alt boyut puanları tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur. Sürekli değişkenler dağılım özelliklerine göre ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum–maksimum) biçiminde; kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak raporlanmıştır.

3.8.2. Karşılaştırmalı Analizler

PCAS boyut ve alt boyut puanlarının sosyodemografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırılmasında, analizlerde yer alan bağımsız değişkenler iki kategorili olarak tanımlandığından değerlendirmeler iki bağımsız

grup (Grup 1–Grup 2) üzerinden yürütülmüştür. Bu kapsamda grup karşılaştırmalarında PCAS boyut/alt boyut puanları için Mann–Whitney U testi uygulanmış; kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Bu analizler, Bulgular bölümünde sunulan PCAS boyutları (Ulaşılabilirlik, Süreklilik, Kapsayıcılık, Eşgüdüm/Entegrasyon, Hizmet Memnuniyeti, Kişisel Yaklaşım, Güven) ve alt boyut puanlarının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılmasına yönelik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.8.3. Korelasyon Analizleri

Yaş ile PCAS boyut ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler, dağılım özellikleri dikkate alınarak Spearman sıra farkları korelasyon analizi ile değerlendirildi. Korelasyon katsayıları (r) ve anlamlılık düzeyleri (p) raporlandı.

3.8.4. Çok Değişkenli Analizler (Doğrusal Regresyon Analizi)

PCAS boyut puanları ile ilişkili faktörlerin birlikte değerlendirilmesi amacıyla **çoklu doğrusal regresyon** analizleri yapıldı. Çok değişkenli analizler, Bulgular bölümünde raporlanan iki PCAS boyutu için ayrı modeller şeklinde kuruldu. **PCAS "Ulaşılabilirlik"** boyut puanı bağımlı değişken olarak ele alınarak modele **cinsiyet**, **alkol kullanımı** ve **gelir düzeyi** bağımsız değişkenleri **Enter yöntemi** ile dahil edildi (n=186). **PCAS "Süreklilik"** boyut puanı için kurulan modelde (Model A) bağımlı değişken süreklilik puanı olarak alınarak bağımsız değişkenler olarak **sigara kullanımı** ve **hastalık sayısı** Enter yöntemiyle modele dahil edildi (n=186). İkili kategorik değişkenler, tezde tanımlanan grup kodlamasına uygun biçimde gösterge değişken olarak kodlandı. Modellerin uygunluğu ve açıklayıcılığı **F testi**, **R^2** ve **düzeltilmiş R^2** ile değerlendirildi; sonuçlar **regresyon katsayısı (B)**, **%95 güven aralığı** ve **p değeri** ile raporlandı. Regresyon analizlerinde doğrusal regresyonun temel varsayımları (artıkların dağılımı, doğrusallık, varyans homojenliği ve çoklu doğrusal bağlantı) kontrol edildi.

3.8.5. Ölçek Güvenirliği ve İç Tutarlılık

PCAS'ın boyut ve alt boyutlarına ilişkin iç tutarlılık, uygun olduğu durumlarda Cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirildi ve sonuçlar Bulgular bölümünde raporlandı. Eşgüdüm/Entegrasyon boyutu gibi yanıtlanabilirliği koşullu alanlarda ise analizler, ilgili boyuta yanıt veren katılımcılar üzerinden yürütüldü ve bu boyut için kullanılan örneklem büyüklüğü Bulgular bölümünde ayrıca belirtildi.

4. BULGULAR:

4.1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri (n=186)

Değişken	**Kategori**	**Ortalama ± SS**	Min-max
Yaş (yıl)		70,09 ± 5,29	65-91
	Kategori	**n**	**%**
Cinsiyet	Erkek	96	51,6
	Kadın	90	48,4
Çalışma durumu	Çalışmıyor	153	82,3
	Çalışıyor	33	17,7
Medeni durumu	Yalnız	32	17,2
	Aile/arkadaş ile	154	82,8
Sigara kullanımı	Hiç içmemiş	127	68,3
	Halen içiyor	59	31,7
Alkol kullanımı	Evet	35	18,8
	Hayır	151	81,2
Sağlık güvencesi	Var	180	96,8
	Yok	6	3,2
Gelir düzeyi	Düşük	106	57,0
	Yüksek	80	43,0
Hastalık sayısı	0–3	89	47,8
	4–7	97	52,2
İlaç sayısı	0–3	84	45,2
	4–7	102	54,8

Çalışmaya dâhil edilen 186 katılımcının yaş ortalaması 70,09±5,29 yıl olarak bulunmuş, yaş aralığı 65–91 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %51,6'sı (n=96) erkek, %48,4'ü (n=90) kadın olarak belirlenmiştir. Çalışma durumuna göre katılımcıların %82,3'ünün (n=153) çalışmadığı, %17,7'sinin (n=33) çalıştığı görülmüştür. Yaşam düzeni değerlendirildiğinde katılımcıların %17,2'sinin (n=32) yalnız yaşadığı, %82,8'inin (n=154) aile/arkadaş ile yaşadığı saptanmıştır.

Sağlık davranışları açısından katılımcıların %68,3'ünün (n=127) hiç sigara içmediği, %31,7'sinin (n=59) halen sigara içtiği belirlenmiştir. Alkol kullanımının %18,8 (n=35) olduğu, alkol kullanmadığını bildirenlerin oranının %81,2 (n=151) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %96,8'inin (n=180) sağlık güvencesinin olduğu, %3,2'sinin (n=6) sağlık güvencesinin olmadığı bulunmuştur. Gelir düzeyi dağılımında düşük gelir grubunun %57,0 (n=106), yüksek gelir grubunun %43,0 (n=80) olduğu belirlenmiştir.

Klinik özellikler incelendiğinde hastalık sayısı 0–3 aralığında olanların oranı %47,8 (n=89), 4–7 aralığında olanların oranı %52,2 (n=97) olarak saptanmıştır. İlaç sayısı açısından 0–3 ilaç kullananların oranı %45,2 (n=84), 4–7 ilaç kullananların oranı %54,8 (n=102) olarak bulunmuştur.

4.2. PCAS Boyut Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

4.2.1 Yaş ile PCAS boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları

Tablo 5. Yaş ile PCAS boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları

Değişken (PCAS)	N	Spearman ρ	p
Ulaşılabilirlik	186	0,060	0,415
Süreklilik	186	0,063	0,390
Kapsayıcılık	186	0,030	0,689
İletişim	186	0,022	0,765
Kişisel yaklaşım	186	−0,031	0,679
Güven	186	0,003	0,965
Eşgüdüm/Entegrasyon	75	0,129	0,270

Yaş ile PCAS boyut puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, yaş ile PCAS ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, iletişim, kişisel yaklaşım ve güven boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı (tümü p>0,05; N=186). Eşgüdüm/entegrasyon boyutu, değerlendirmeye uygun verisi bulunan katılımcılarda incelendiğinde, yaş ile eşgüdüm/entegrasyon puanı arasında da anlamlı ilişki saptanmadı (ρ=0,129; p=0,270; N=75).

4.2.2 PCAS "Ulaşabilirlik" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 6. PCAS "Ulaşabilirlik" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1 (n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	85,85	90	**101,66**	**0,045**
Medeni	32	90,42	154	94,14	0,721
Çalışma	153	94,80	33	87,47	0,476
Sigara	127	96,40	59	87,25	0,279
Alkol	35	60,24	151	**101,21**	**<0,001**
Güvence	180	93,46	6	94,83	0,951
Gelir	106	110,34	80	71,18	**<0,001**
Hastalık sayısı	89	88,58	97	98,01	0,231
İlaç sayısı	84	86,49	102	99,27	0,106

Katılımcıların PCAS "Ulaşılabilirlik" boyut puanı, ikili gruplar arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam N=186). Cinsiyete göre ulaşılabilirlik puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır; kadınların (n=90) sıra ortalaması erkeklere (n=96) göre daha yüksek bulunmuştur (101,66'ya karşı 85,85; p=0,045). Alkol kullanım durumuna göre yapılan karşılaştırmada da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır; alkol kullanmayanların (n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (n=35) göre daha yüksek bulunmuştur (101,21'e karşı 60,24; p<0,001). Gelir düzeyine göre karşılaştırmada, gelir düzeyi düşük olan grupta (n=106) sıra ortalaması gelir düzeyi yüksek olan gruba (n=80) göre daha yüksek saptanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (110,34'e karşı 71,18; p<0,001).

Medeni durum (yalnız n=32; aile/arkadaş ile yaşayan n=154), çalışma durumu (çalışmıyor n=153; çalışıyor n=33), sigara kullanımı (hiç içmemiş n=127; halen içiyor n=59), sosyal güvence varlığı (var n=180; yok n=6), hastalık sayısı (0–3 n=89; 4–7 n=97) ve ilaç sayısı (0–3 n=84; 4–7 n=102) değişkenlerine göre PCAS ulaşılabilirlik puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.2.3 PCAS "Süreklilik" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 7. PCAS "Süreklilik" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	94,44	90	92,50	0,805
Medeni	32	92,13	154	93,79	0,873
Çalışma	153	95,84	33	82,65	0,198
Sigara	127	86,30	59	109,01	**0,007**
Alkol	35	99,43	151	92,13	0,466
Güvence	180	92,79	6	114,83	0,319
Gelir	106	96,24	80	89,88	0,421
Hastalık sayısı	89	83,16	97	102,98	**0,011**
İlaç sayısı	84	83,66	102	101,60	**0,022**

Katılımcıların PCAS "Süreklilik" boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre ikili gruplar arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam N=186). Sigara kullanım durumuna göre "Süreklilik" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; halen sigara içenlerin (n=59) sıra ortalaması, hiç sigara içmemiş olanlara (n=127) göre daha yüksek bulunmuştur (109,01'e karşı 86,30; p=0,007). Hastalık sayısına göre karşılaştırmada da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; 4–7 hastalığı olanların (n=97) sıra ortalaması, 0–3 hastalığı olanlara (n=89) göre daha yüksek bulunmuştur (102,98'e karşı 83,16; p=0,011). İlaç sayısına göre karşılaştırmada 4–7 ilaç kullananların (n=102) sıra ortalaması, 0–3 ilaç

kullananlara (n=84) göre daha yüksek saptanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (101,60'a karşı 83,66; p=0,022).

Cinsiyet (p=0,805), medeni durum (p=0,873), çalışma durumu (p=0,198), alkol kullanımı (p=0,466), sosyal güvence varlığı (p=0,319) ve gelir düzeyi (p=0,421) değişkenlerine göre PCAS "Süreklilik" boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.2.4 PCAS "Kapsayıcılık" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 8. PCAS "Kapsayıcılık" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	101,36	90	85,12	**0,038**
Medeni	32	95,77	154	93,03	0,792
Çalışma	153	92,05	33	100,21	0,426
Sigara	127	91,20	59	98,45	0,389
Alkol	35	95,06	151	93,14	0,848
Güvence	180	94,65	6	58,92	0,107
Gelir	106	87,64	80	101,27	0,085
Hastalık sayısı	89	91,15	97	95,65	0,566
İlaç sayısı	84	92,29	102	94,50	0,779

PCAS "Kapsayıcılık" boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyete göre "Kapsayıcılık" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; erkeklerde (Grup 1; n=96) sıra ortalaması kadınlara (Grup 2; n=90) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (101,36'ya karşı 85,12; p=0,038).

Medeni durum (p=0,792), çalışma durumu (p=0,426), sigara kullanımı (p=0,389), alkol kullanımı (p=0,848), sosyal güvence varlığı (p=0,107), gelir düzeyi (p=0,085), hastalık sayısı (p=0,566) ve ilaç sayısı (p=0,779) değişkenlerine göre PCAS "Kapsayıcılık" boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.2.5 PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 9. PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	40	35,75	35	40,57	0,327
Medeni	14	**49,32**	61	35,40	**0,027**
Çalışma	62	39,36	13	31,50	0,225
Sigara	47	40,11	28	34,46	0,266
Alkol	19	26,00	56	**42,07**	**0,004**
Güvence	72	37,72	3	44,67	0,579
Gelir	33	46,38	42	31,42	**0,002**
Hastalık sayısı	34	36,18	41	39,51	0,499
İlaç sayısı	34	36,18	41	39,51	0,499

PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=75). Medeni duruma göre "Eşgüdüm/Entegrasyon" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; yalnız yaşayanlarda (Grup 1; n=14) sıra ortalaması, aileyle yaşayanlara (Grup 2; n=61) göre daha yüksek bulunmuştur (49,32'ye karşı 35,40; p=0,027). Alkol kullanım durumuna göre de anlamlı farklılık izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=56) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=19) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (42,07'ye karşı 26,00; p=0,004). Gelir düzeyine göre karşılaştırmada ise gelir düzeyi yüksek olan grupta (Grup 1; n=33) sıra ortalaması, gelir düzeyi düşük olan gruba (Grup 2; n=42) göre daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (46,38'e karşı 31,42; p=0,002).

Cinsiyet (p=0,327), çalışma durumu (p=0,225), sigara kullanımı (p=0,266), sosyal güvence varlığı (p=0,579), hastalık sayısı (p=0,499) ve ilaç sayısı (p=0,499) değişkenlerine göre PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.2.6 PCAS "Hizmet memnuniyeti" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 10. PCAS "Hizmet memnuniyeti" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	87,69	90	99,70	0,108
Medeni	32	**110,34**	154	90,00	**0,040**
Çalışma	153	94,09	33	90,77	0,735
Sigara	127	97,51	59	84,87	0,116
Alkol	35	58,31	151	**101,66**	**<0,001**
Güvence	180	93,27	6	100,50	0,732
Gelir	106	102,31	80	81,83	**0,007**
Hastalık sayısı	89	94,77	97	92,34	0,745
İlaç sayısı	84	92,61	102	94,24	0,828

PCAS "Hizmet memnuniyeti" boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Medeni duruma göre "Hizmet memnuniyeti" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; yalnız yaşayanlarda (Grup 1; n=32) sıra ortalaması, aile/arkadaş ile yaşayanlara (Grup 2; n=154) göre daha yüksek bulunmuştur (110,34'e karşı 90,00; p=0,040). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=35) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (101,66'ya karşı 58,31; p<0,001). Gelir düzeyine göre analizde ise gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması, gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) göre daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (102,31'e karşı 81,83; p=0,007).

Cinsiyet (p=0,108), çalışma durumu (p=0,735), sigara kullanımı (p=0,116), sağlık güvencesi varlığı (p=0,732), hastalık sayısı (p=0,745) ve ilaç sayısı (p=0,828) değişkenlerine göre PCAS "İletişim" boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.2.7 PCAS "Kişisel Yaklaşım" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 11. PCAS "Kişisel Yaklaşım" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	84,81	90	102,77	**0,015**
Medeni	32	102,97	154	91,53	0,244
Çalışma	153	93,10	33	95,35	0,817
Sigara	127	96,88	59	86,22	0,181
Alkol	35	58,66	151	**101,58**	**<0,001**
Güvence	180	93,10	6	105,58	0,552
Gelir	106	100,10	80	84,75	**0,040**
Hastalık sayısı	89	102,81	97	84,95	**0,016**
İlaç sayısı	84	100,35	102	87,86	0,094

PCAS "Kişisel Yaklaşım" boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyete göre "Kişisel Yaklaşım" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; kadınlarda (Grup 2; n=90) sıra ortalaması erkeklere (Grup 1; n=96) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (102,77'ye karşı 84,81; p=0,015). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=35) göre daha yüksek saptanmıştır (101,58'e karşı 58,66; p<0,001). Gelir düzeyine göre analizde, gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) kıyasla daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (100,10'a karşı 84,75; p=0,040). Hastalık sayısına göre karşılaştırmada ise 0–3 hastalığı olanlarda (Grup 1; n=89) sıra ortalaması 4–7 hastalığı olanlara (Grup 2; n=97) göre daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (102,81'e karşı 84,95; p=0,016).

Medeni durum (p=0,244), çalışma durumu (p=0,817), sigara kullanımı (p=0,181) ve sosyal güvence varlığı (p=0,552) değişkenlerine göre PCAS "Kişisel Yaklaşım" boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05). İlaç sayısına göre karşılaştırmada 0–3 ilaç kullananlar (Grup 1; n=84) ile 4–7 ilaç kullananlar (Grup 2; n=102) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (100,35'e karşı 87,86; p=0,094).

4.2.8 PCAS "Güven" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 12. PCAS "Güven" boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	93,39	90	93,62	0,977
Medeni	32	94,75	154	93,24	0,884
Çalışma	153	92,51	33	98,09	0,586
Sigara	127	92,44	59	95,78	0,692
Alkol	35	80,89	151	96,42	0,121
Güvence	180	93,57	6	91,33	0,920
Gelir	106	93,59	80	93,38	0,979
Hastalık sayısı	89	95,78	97	91,41	0,577
İlaç sayısı	84	96,23	102	91,25	0,527

PCAS "Güven" boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyet (erkek n=96; kadın n=90), medeni durum (yalnız n=32; aileyle yaşayan n=154), çalışma durumu (çalışmıyor n=153; çalışıyor n=33), sigara kullanımı (hiç içmemiş n=127; halen içiyor n=59), alkol kullanımı (evet n=35; hayır n=151), sosyal güvence varlığı (var n=180; yok n=6), gelir düzeyi (düşük n=106; yüksek n=80), hastalık sayısı (0–3 n=89; 4–7 n=97) ve ilaç sayısı (0–3 n=84; 4–7 n=102) değişkenlerine göre PCAS "Güven" boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için $p>0,05$).

4.3. PCAS Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

4.3.1. Yaş ile PCAS alt boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları

Tablo 13. Yaş ile PCAS alt boyut puanları arasındaki Spearman korelasyonları

PCAS puanı	Spearman ρ	p (2-yönlü)	n
Finansal Ulaşılabilirlik	0,070	0,340	186
Örgütsel Ulaşılabilirlik	0,032	0,663	186
Boylamsal Süreklilik	0,016	0,825	186
Hekim Temelli Süreklilik	0,086	0,244	186
Hastanın Bütüncül Bilgisi	0,120	0,102	186
Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık	-0,044	0,552	186
İletişim	0,022	0,765	186
Kişisel Yaklaşım	-0,031	0,679	186
Güven	0,003	0,965	186
Fiziksel Bakım	0,152	0,039	186
Eşgüdüm/Entegrasyon	0,129	0,270	75

Yaş ile PCAS alt boyut puanları arasındaki ilişki Spearman rho korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yaş ile Fiziksel Bakım puanı arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (ρ=0,152; p=0,039). Yaş diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak **anlamlı ilişki saptanmamıştır** (tümü için p>0,05). Yaş ile Eşgüdüm/Entegrasyon puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (ρ=0,129; p=0,270; n=75).

4.3.2. PCAS "Finansal Ulaşılabilirlik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 2. PCAS "Finansal Ulaşılabilirlik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	86,03	101,47	90	**0,039**
Medeni	32	89,66	154	94,30	0,640
Çalışma	153	95,48	33	84,33	0,255
Sigara	127	96,02	59	88,07	0,322
Alkol	35	64,93	151	100,12	**<0,001**
Güvence	180	93,55	6	92,08	0,945
Gelir	106	108,26	80	73,94	**<0,001**
Hastalık sayısı	89	89,35	97	97,31	0,288
İlaç sayısı	84	88,21	102	97,86	0,199

PCAS "Finansal Ulaşılabilirlik" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyete göre "Finansal Ulaşılabilirlik" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; kadınlarda (Grup 2; n=90) sıra ortalaması erkeklere (Grup 1; n=96) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (101,47'ye karşı 86,03; p=0,039). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=35) göre daha yüksek saptanmıştır (100,12'ye karşı 64,93; p<0,001). Gelir düzeyine göre analizde ise gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması, gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) kıyasla daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (108,26'ya karşı 73,94; p<0,001).

Medeni durum (yalnız n=32; aileyle yaşayan n=154; p=0,640), çalışma durumu (çalışmıyor n=153; çalışıyor n=33; p=0,255), sigara kullanımı (hiç içmemiş n=127; halen içiyor n=59; p=0,322), sosyal güvence varlığı (var n=180; yok n=6; p=0,945), hastalık sayısı (0–3 n=89; 4–7 n=97; p=0,288) ve ilaç sayısı (0–3 n=84; 4–7 n=102; p=0,199) değişkenlerine göre PCAS "Finansal Ulaşılabilirlik" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.3.3 PCAS "Örgütsel Ulaşılabilirlik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 14. PCAS "Örgütsel Ulaşılabilirlik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	87,63	90	99,77	0,121
Medeni	32	95,95	154	92,99	0,775
Çalışma	153	93,58	33	93,12	0,964
Sigara	127	95,87	59	88,40	0,375
Alkol	35	62,63	151	100,66	**<0,001**
Güvence	180	93,14	6	104,42	0,611
Gelir	106	106,12	80	76,78	**<0,001**
Hastalık sayısı	89	91,13	97	95,67	0,563
İlaç sayısı	84	87,74	192	98,25	0,182

PCAS "Örgütsel Ulaşılabilirlik" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Alkol kullanım durumuna göre "Örgütsel Ulaşılabilirlik" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması, alkol kullananlara (Grup 1; n=35) göre daha yüksek bulunmuştur (100,66'ya karşı 62,63; p<0,001). Gelir düzeyine göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (106,12'ye karşı 76,78; p<0,001).

Cinsiyet (p=0,121), medeni durum (p=0,775), çalışma durumu (p=0,964), sigara kullanımı (p=0,375), sosyal güvence varlığı (p=0,611), hastalık sayısı (p=0,563) ve ilaç sayısı (p=0,182) değişkenlerine göre PCAS "Örgütsel Ulaşılabilirlik" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.3.4 PCAS "Boylamsal Süreklilik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 15. PCAS "Boylamsal Süreklilik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	99,06	90	87,57	0,088
Medeni	32	94,22	154	93,35	0,922
Çalışma	153	93,10	33	95,36	0,797
Sigara	127	90,26	59	100,47	0,158
Alkol	35	100,11	151	91,97	0,344
Güvence	180	92,73	6	116,50	0,212
Gelir	106	97,78	80	87,83	0,143
Hastalık sayısı	89	83,93	97	102,28	**0,007**
İlaç sayısı	84	82,18	102	102,82	**0,002**

PCAS "Boylamsal Süreklilik" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Hastalık sayısına göre "Boylamsal Süreklilik" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; 4–7 hastalığı olanlarda (Grup 2; n=97) sıra ortalaması 0–3 hastalığı olanlara (Grup 1; n=89) göre daha yüksek bulunmuştur (102,28'e karşı 83,93; p=0,007). İlaç sayısına göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; 4–7 ilaç kullananlarda (Grup 2; n=102) sıra ortalaması 0–3 ilaç kullananlara (Grup 1; n=84) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (102,82'ye karşı 82,18; p=0,002).

Cinsiyet (p=0,088), medeni durum (p=0,922), çalışma durumu (p=0,797), sigara kullanımı (p=0,158), alkol kullanımı (p=0,344), sosyal güvence varlığı (p=0,212) ve gelir düzeyi (p=0,143) değişkenlerine göre PCAS "Boylamsal Süreklilik" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.3.5 PCAS "Hekim Temelli Süreklilik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 16. PCAS "Hekim Temelli Süreklilik" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	89,81	90	97,44	0,319
Medeni	32	92,45	154	93,72	0,901
Çalışma	153	96,61	33	79,06	0,079
Sigara	127	87,74	59	105,89	**0,027**
Alkol	35	92,60	151	93,71	0,910
Güvence	180	93,71	6	87,17	0,762
Gelir	106	91,58	80	96,04	0,563
Hastalık sayısı	89	90,76	97	96,01	0,493
İlaç sayısı	84	92,73	102	94,13	0,855

PCAS "Hekim Temelli Süreklilik" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Sigara kullanım durumuna göre "Hekim Temelli Süreklilik" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; halen sigara içenlerde (Grup 2; n=59) sıra ortalaması, hiç içmemiş olanlara (Grup 1; n=127) göre daha yüksek bulunmuştur (105,89'a karşı 87,74; p=0,027).

Cinsiyet (p=0,319), medeni durum (p=0,901), çalışma durumu (p=0,079), alkol kullanımı (p=0,910), sosyal güvence varlığı (p=0,762), gelir düzeyi (p=0,563), hastalık sayısı (p=0,493) ve ilaç sayısı (p=0,855) değişkenlerine göre PCAS "Hekim Temelli Süreklilik" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.3.6 PCAS "Hastanın Bütüncül Bilgisi" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 17. PCAS "Hastanın Bütüncül Bilgisi" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	90,41	90	96,79	0,394
Medeni	32	99,59	154	92,23	0,458
Çalışma	153	93,89	33	91,68	0,822
Sigara	127	95,83	59	88,48	0,361
Alkol	35	56,43	151	102,09	**<0,001**
Güvence	180	93,50	6	93,50	1,000
Gelir	106	99,95	80	84,95	0,047
Hastalık sayısı	89	92,72	97	94,22	0,842
İlaç sayısı	84	93,23	102	93,73	0,947

PCAS "Hastanın Bütüncül Bilgisi" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Alkol kullanım durumuna göre "Hastanın Bütüncül Bilgisi" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması, alkol kullananlara (Grup 1; n=35) göre daha yüksek bulunmuştur (102,09'a karşı 56,43; p<0,001). Gelir düzeyine göre karşılaştırmada da istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiş; gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (99,95'e karşı 84,95; p=0,047).

Cinsiyet (p=0,394), medeni durum (p=0,458), çalışma durumu (p=0,822), sigara kullanımı (p=0,361), sosyal güvence varlığı (p=1,000), hastalık sayısı (p=0,842) ve ilaç sayısı (p=0,947) değişkenlerine göre PCAS "Hastanın Bütüncül Bilgisi" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.3.7 PCAS "Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 18. PCAS "Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	103,14	90	83,22	**0,009**
Medeni	32	92,73	154	93,66	0,927
Çalışma	153	92,50	33	98,12	0,573
Sigara	127	89,37	59	102,39	0,111
Alkol	35	113,44	151	88,88	**0,012**
Güvence	180	94,58	6	61,25	0,122
Gelir	106	83,22	80	107,12	**0,002**
Hastalık sayısı	89	95,03	97	92,10	0,700
İlaç sayısı	84	95,38	102	91,95	0,654

PCAS "Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyete göre "Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; erkeklerde (Grup 1; n=96) sıra ortalaması kadınlara (Grup 2; n=90) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (103,14'e karşı 83,22; p=0,009). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullananlarda (Grup 1; n=35) sıra ortalaması alkol kullanmayanlara (Grup 2; n=151) göre daha yüksek saptanmıştır (113,44'e karşı 88,88; p=0,012). Gelir düzeyine göre analizde ise gelir düzeyi yüksek olan grupta (Grup 2; n=80) sıra ortalaması, gelir düzeyi düşük olan gruba (Grup 1; n=106) kıyasla daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (107,12'ye karşı 83,22; p=0,002).

4.3.8 PCAS "İletişim" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 19. PCAS "İletişim" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	87,69	90	99,70	0,108
Medeni	32	110,34	154	90,00	**0,040**
Çalışma	153	94,09	33	90,77	0,735
Sigara	127	97,51	59	84,87	0,116
Alkol	35	58,31	151	101,66	**<0,001**
Güvence	180	93,27	6	100,50	0,732
Gelir	106	102,31	80	81,83	**0,007**
Hastalık sayısı	89	94,77	97	92,34	0,745
İlaç sayısı	84	92,61	102	94,24	0,828

PCAS "İletişim" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Medeni duruma göre "İletişim" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; yalnız yaşayanlarda (Grup 1; n=32) sıra ortalaması, aileyle yaşayanlara (Grup 2; n=154) göre daha yüksek bulunmuştur (110,34'e karşı 90,00; p=0,040). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=35) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (101,66'ya karşı 58,31; p<0,001). Gelir düzeyine göre analizde ise gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması, gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) göre daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (102,31'e karşı 81,83; p=0,007).

Cinsiyet (p=0,108), çalışma durumu (p=0,735), sigara kullanımı (p=0,116), sosyal güvence varlığı (p=0,732), hastalık sayısı (p=0,745) ve ilaç sayısı (p=0,828) değişkenlerine göre PCAS "İletişim" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.3.9 PCAS "Kişisel Yaklaşım" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 20. PCAS "Kişisel Yaklaşım" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	84,81	90	102,77	**0,015**
Medeni	32	102,97	154	91,53	0,244
Çalışma	153	93,10	33	95,35	0,817
Sigara	127	96,88	59	86,22	0,181
Alkol	35	58,66	151	101,58	**<0,001**
Güvence	180	93,10	6	105,58	0,552
Gelir	106	100,10	80	84,75	**0,040**
Hastalık sayısı	89	102,81	97	84,95	**0,016**
İlaç sayısı	84	100,35	102	87,86	0,094

PCAS "Kişisel Yaklaşım" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyete göre "Kişisel Yaklaşım" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; kadınlarda (Grup 2; n=90) sıra ortalaması erkeklere (Grup 1; n=96) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (102,77'ye karşı 84,81; p=0,015). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=35) göre daha yüksek saptanmıştır (101,58'e karşı 58,66; p<0,001). Gelir düzeyine göre analizde, gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) kıyasla daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (100,10'a karşı 84,75; p=0,040). Hastalık sayısına göre karşılaştırmada ise 0–3 hastalığı olanlarda (Grup 1; n=89) sıra ortalaması 4–7 hastalığı olanlara (Grup 2; n=97) göre daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (102,81'e karşı 84,95; p=0,016).

Medeni durum (p=0,244), çalışma durumu (p=0,817), sigara kullanımı (p=0,181) ve sosyal güvence varlığı (p=0,552) değişkenlerine göre PCAS "Kişisel Yaklaşım" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05). İlaç sayısına göre karşılaştırmada 0–3 ilaç kullananlar (Grup 1; n=84) ile 4–7 ilaç kullananlar (Grup 2; n=102) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (100,35'e karşı 87,86; p=0,094).

4.3.10 PCAS "Güven" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 21. PCAS "Güven" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	93,39	90	93,62	0,977
Medeni	32	94,75	154	93,24	0,884
Çalışma	153	92,51	33	98,09	0,586
Sigara	127	92,44	95,78	59	0,692
Alkol	35	80,89	151	96,42	0,121
Güvence	180	93,57	6	91,33	0,920
Gelir	106	93,59	80	93,38	0,979
Hastalık sayısı	89	95,78	97	91,41	0,577
İlaç sayısı	84	96,23	102	91,25	0,527

PCAS "Güven" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyet (erkek n=96; kadın n=90), medeni durum (yalnız n=32; aileyle yaşayan n=154), çalışma durumu (çalışmıyor n=153; çalışıyor n=33), sigara kullanımı (hiç içmemiş n=127; halen içiyor n=59), alkol kullanımı (evet n=35; hayır n=151), sosyal güvence varlığı (var n=180; yok n=6), gelir düzeyi (düşük n=106; yüksek n=80), hastalık sayısı (0–3 n=89; 4–7 n=97) ve ilaç sayısı (0–3 n=84; 4–7 n=102) değişkenlerine göre PCAS "Güven" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için $p>0,05$).

4.2.7 PCAS "Fiziksel Bakım" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 22. PCAS "Fiziksel Bakım" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	96	83,04	90	104,66	**0,001**
Medeni	32	98,44	154	92,47	0,497
Çalışma	153	93,70	33	92,59	0,899
Sigara	127	97,80	59	84,24	0,057
Alkol	35	57,23	151	101,91	**<0,001**
Güvence	180	93,15	6	104,08	0,560
Gelir	106	99,96	80	84,94	**0,025**
Hastalık sayısı	89	89,47	97	97,20	0,244
İlaç sayısı	84	88,87	102	97,31	0,205

PCAS "Fiziksel Bakım" alt boyut puanı, sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır (toplam n=186). Cinsiyete göre "Fiziksel Bakım" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; kadınlarda (Grup 2; n=90) sıra ortalaması erkeklere (Grup 1; n=96) kıyasla daha yüksek bulunmuştur (104,66'ya karşı 83,04; p=0,001). Alkol kullanım durumuna göre karşılaştırmada da anlamlı fark izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=151) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=35) göre daha yüksek saptanmıştır (101,91'e karşı 57,23; p<0,001). Gelir düzeyine göre analizde ise gelir düzeyi düşük olan grupta (Grup 1; n=106) sıra ortalaması, gelir düzeyi yüksek olan gruba (Grup 2; n=80) kıyasla daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (99,96'ya karşı 84,94; p=0,025).

Medeni durum (p=0,497), çalışma durumu (p=0,899), sosyal güvence varlığı (p=0,560), hastalık sayısı (p=0,244) ve ilaç sayısı (p=0,205) değişkenlerine göre PCAS "Fiziksel Bakım" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05). Sigara kullanımına göre karşılaştırmada ise istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan sınırda bir farklılık izlenmiştir (p=0,057).

4.3.11 PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Tablo 23. PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" alt boyut puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre karşılaştırılması

Değişken	Grup 1(n)	Grup 1 ort	Grup 2 (n)	Grup 2 ort	P değeri
Cinsiyet	40	35,75	35	40,57	0,327
Medeni	14	49,32	61	35,40	**0,027**
Çalışma	62	39,36	13	31,50	0,225
Sigara	47	40,11	28	34,46	0,266
Alkol	19	26,00	56	42,07	**0,004**
Güvence	72	37,72	3	44,67	0,579
Gelir	33	46,38	42	31,42	**0,002**
Hastalık sayısı	34	36,18	41	39,51	0,499
İlaç sayısı	34	36,18	41	39,51	0,499

PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" alt boyut puanı, uygun yanıt paternine sahip katılımcılarla sınırlı örneklemde (toplam n=75) sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre iki grup arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Medeni duruma göre "Eşgüdüm/Entegrasyon" puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır; yalnız yaşayanlarda (Grup 1; n=14) sıra ortalaması, aileyle yaşayanlara (Grup 2; n=61) göre daha yüksek bulunmuştur (49,32'ye karşı 35,40; p=0,027). Alkol kullanım durumuna göre de anlamlı farklılık izlenmiş; alkol kullanmayanlarda (Grup 2; n=56) sıra ortalaması alkol kullananlara (Grup 1; n=19) kıyasla daha yüksek saptanmıştır (42,07'ye karşı 26,00; p=0,004). Gelir düzeyine göre karşılaştırmada ise gelir düzeyi yüksek olan grupta (Grup 1; n=33) sıra ortalaması, gelir düzeyi düşük olan gruba (Grup 2; n=42) göre daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (46,38'e karşı 31,42; p=0,002).

Cinsiyet (p=0,327), çalışma durumu (p=0,225), sigara kullanımı (p=0,266), sosyal güvence varlığı (p=0,579), hastalık sayısı (p=0,499) ve ilaç sayısı (p=0,499) değişkenlerine göre PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (tümü için p>0,05).

4.4. PCAS Ulaşabilirlik ve Süreklilik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

4.4.1. PCAS Ulaşabilirlik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Tablo 24. PCAS Ulaşabilirlik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Değişken	B	p	%95 GA (B)
Sabit	57,560	<0,001	43,075 – 72,045
Cinsiyet	1,180	0,605	-3,313 – 5,672
Alkol kullanımı	11,484	<0,001	5,671 – 17,296
Gelir düzeyi	-8,610	<0,001	-13,109 – -4,110

PCAS "Ulaşabilirlik" puanının (FIN100+ORG100 ort.; 0–100) sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Enter yöntemi; n=186). Modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F (3,182) =15,124; p<0,001) ve ulaşabilirlik puanındaki varyansın %20,0'sinin açıklandığı görülmüştür (R^2=0,200; düzeltilmiş R^2=0,186). Çok değişkenli analizde alkol kullanımı ve gelir düzeyi ile ulaşabilirlik puanı arasında bağımsız ilişki saptanmıştır. Kodlamaya göre (alkol: 1=evet, 2=hayır), **alkol kullanmayanlarda** ulaşabilirlik puanının alkol kullananlara kıyasla ortalama **11,48 puan daha yüksek** olduğu gösterilmiştir (B=11,484; %95 GA: 5,671–17,296; p<0,001). Gelir düzeyi için (Gelir2: 1=düşük, 2=yüksek), **gelir düzeyi yüksek olanlarda** ulaşabilirlik puanının düşük gelir grubuna göre ortalama **8,61 puan daha düşük** olduğu saptanmıştır (B=-8,610; %95 GA: -13,109 ile-4,110; p<0,001). Cinsiyet değişkeni (1=erkek, 2=kadın) için ulaşabilirlik puanında kadınlar lehine **1,18 puanlık** bir fark yönü izlenmekle birlikte, bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (B=1,180; p=0,605).

4.4.2. PCAS Süreklilik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Tablo 25. PCAS Süreklilik Puanı ile İlişkili Faktörlerin Çok Değişkenli Analizi

Değişken	B	p	%95 GA (B)
Sabit	70,269	<0,001	63,991 – 76,546
Sigara kullanımı	4,091	0,006	1,199 – 6,984
Hastalık sayısı	4,276	0,002	1,581 – 6,971

PCAS "Süreklilik" boyut puanının (CONTL100+CONTV100 ort.; 0–100) sigara kullanımı ve hastalık sayısı (hastalık2) ile ilişkisi çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Model A; Enter yöntemi, n=186). Kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F (2,183) =7,324; p<0,001) ve süreklilik puanındaki varyansın %7,4'ünün açıklandığı görülmüştür (R^2=0,074; düzeltilmiş R^2=0,064). Çok

değişkenli analizde sigara kullanımı ile süreklilik puanı arasında bağımsız ilişki izlenmiş; sigara değişkeninde 2 kodlu grupta (halen içiyor) süreklilik puanının 1 kodlu gruba (hiç içmemiş) göre ortalama **4,09 puan daha yüksek** olduğu gösterilmiştir (B=4,091; %95 GA: 1,199–6,984; p=0,006). Hastalık sayısı açısından (hastalık2), 2 kodlu grupta süreklilik puanının 1 kodlu gruba kıyasla ortalama **4,28 puan daha yüksek** olduğu saptanmıştır (B=4,276; %95 GA: 1,581–6,971; p=0,002).

4.5. Ölçek Güvenirliği ve İç Tutarlılık Bulguları

PCAS ölçeğinin alt boyutlarına ilişkin güvenirlik değerlendirmesi, iç tutarlılık yaklaşımı kapsamında Cronbach alfa katsayısı kullanılarak yapılmıştır (Tablo 1). Analiz sonucunda, alt boyutlar arasında iç tutarlılık düzeylerinin değişkenlik gösterdiği belirlenmiştir. Finansal Ulaşılabilirlik alt boyutunda (2 madde) Cronbach alfa katsayısı 0,844, Örgütsel Ulaşılabilirlik alt boyutunda (6 madde) 0,816 olup her iki alt boyut için iç tutarlılığın iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Hekim Temelli Süreklilik alt boyutunda (2 madde) alfa katsayısı 0,405 olarak bulunmuş ve bu alt boyutta iç tutarlılığın düşük düzeyde olduğu izlenmiştir. Hastanın Bütüncül Bilgisi alt boyutunda (5 madde) alfa değeri 0,838, Koruyucu hizmetler ve Danışmanlık alt boyutunda (7 madde) 0,830 olarak hesaplanmış; her iki alt boyutta da iç tutarlılığın iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Eşgüdüm (Entegrasyon) alt boyutunda (6 madde) Cronbach alfa katsayısı 0,914 bulunmuş ve iç tutarlılığın yüksek düzeyde olduğu değerlendirilmiştir. İletişim alanını temsil eden İletişim alt boyutunda (6 madde) alfa değeri 0,873 saptanırken, hasta–hekim etkileşiminin kişilerarası yönünü yansıtan Kişisel yaklaşım alt boyutunda (5 madde) alfa katsayısı 0,936 ile en yüksek iç tutarlılık değerlerinden biri olarak belirlenmiştir. Güven alt boyutunda (8 madde) Cronbach alfa katsayısı 0,609 olup iç tutarlılığın orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Öte yandan, Boylamsal Süreklilik ve Fiziksel bakı alt boyutları tek maddeden oluştuğundan Cronbach alfa katsayısı hesaplanmamıştır. Genel olarak bulgular, PCAS'ın çalışmada kullanılan çoğu alt boyutunda iyi-yüksek düzeyde iç tutarlılık sergilediğini; buna karşılık iki maddeli Hekim Temelli Süreklilik alt boyutunda güvenirliğin daha düşük bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, özellikle az sayıda maddeden oluşan alt boyutlarda alfa katsayısının madde sayısından etkilenebileceği ve yorumun bu çerçevede yapılması gerektiğine işaret etmektedir

Tablo 26. PCAS Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi Sonuçları

Alt ölçekler (PCAS alt boyutları)	Madde sayısı (n)	Cronbach alfa katsayısı (α)
Finansal Ulaşılabilirlik	2	0,844
Örgütsel Ulaşılabilirlik	6	0,816
Boylamsal Süreklilik	1	—
Hekim Temelli Süreklilik	2	0,405
Hastanın Bütüncül Bilgisi	5	0,838
Koruyucu hizmetler ve Danışmanlık	7	0,830
Eşgüdüm (Entegrasyon)	6	0,914
İletişim	6	0,873
Fiziksel bakı	1	—
Kişisel yaklaşım	5	0,936
Güven	8	0,609

5.TARTIŞMA

Bu kesitsel çalışmada PCAS "Ulaşılabilirlik" boyutu ikili karşılaştırmalarda kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Aynı boyutta alkol kullanmayanlarda alkol kullananlara göre belirgin düzeyde daha yüksek puan saptanmış; düşük gelir grubunda ise yüksek gelire kıyasla daha yüksek değerler izlenmiştir. Çok değişkenli doğrusal regresyon modelinde, kodlamaya göre alkol kullanmayanlarda ulaşılabilirlik puanı alkol kullananlara kıyasla ortalama 11,48 puan daha yüksek; gelir düzeyi yüksek olanlarda ise düşük gelir grubuna göre ortalama 8,61 puan daha düşük bulunmuş, cinsiyetin bağımsız etkisi anlamlı değildir. Uluslararası literatürde sosyoekonomik belirleyiciler açısından bazı çalışmalarda cinsiyet ve gelirin ulaşılabilirlik gibi boyut puanlarını ayırt etmediği, buna karşılık eğitimin daha belirleyici olabildiği bildirilmiştir. (38) Türkiye bağlamında erişilebilirlik deneyiminin özellikle telefonla erişim ve bekleme gibi örgütsel bileşenlerde sorunlu algılanabildiği; EASM örnekleminde memnuniyetsizliğin en belirgin başlıklarının "doktorunuza telefonla ulaşabilmek", "ASM'ye telefonla ulaşabilmeniz" ve "bekleme odasında harcadığınız zaman" olduğu raporlanmıştır (39). Ayrıca gelir arttıkça beklentilerin yükselmesiyle memnuniyetin azalabildiği gösterilmiştir. (40) Başka bir çalışmada yüksek gelir grubunda ulaşılabilirlik puanının daha düşük izlenmesi; beklenti düzeyi,

hizmete başvuru örüntüsü ve kurum/basamak tercihindeki farklılıklarla ilişkili olabilir; bunun yanında maddi nedenlerin sağlık hizmetine başvuru davranışıyla ilişkili olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. (41) Birinci basamakta ulaşılabilirlik, özellikle randevu/telefon erişimi ve bekleme süresi gibi süreçlerle yakından ilişkili bir deneyim alanı olduğundan, bulgular ASM'nin örgütsel kapasitesi ve hizmete erişim kanallarının düzenlenmesi bağlamında değerlendirilmelidir.

PCAS "Süreklilik" boyutu ikili karşılaştırmalarda halen sigara içenlerde hiç içmemiş olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalık sayısı 4–7 olanlarda 0–3 olanlara kıyasla, ilaç sayısı 4–7 olanlarda ise 0–3 olanlara kıyasla süreklilik puanı daha yüksek saptanmıştır. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde, kodlamaya göre halen sigara içenlerde süreklilik puanı hiç içmemiş olanlara kıyasla ortalama 4,09 puan daha yüksek; hastalık sayısı 4–7 olanlarda ise 0–3 olanlara kıyasla ortalama 4,28 puan daha yüksek bulunmuştur. Uluslararası çalışmalarda sürekliliğin görece yüksek, kapsayıcılığın ise daha düşük puanlanabildiği bildirilmiştir. (42)Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde iletişim, hasta merkezli bakım ve süreklilik gibi boyutların daha olumlu değerlendirilebildiği gösterilmiştir. (37) Türkiye'den Manisa'da yapılan PCAS çalışmasında da süreklilik puanının görece yüksek, kapsayıcılığın daha düşük olduğu raporlanmıştır. (34) Bu çalışmada hastalık yükü daha fazla olanlarda süreklilik puanının yüksek bulunması; izlem gereksiniminin artması ve daha sık klinik temasın hekimle süreklilik algısını güçlendirmesiyle ilişkili olabilir. (43) Bununla birlikte sürekliliğin klinik çıktılarla ilişkisi, ölçüm ve bağlam heterojenliği nedeniyle temkinli değerlendirilmelidir. (44) Birinci basamakta süreklilik, özellikle yaşlı bireylerde kronik hastalık izlemi ve bakım koordinasyonu açısından merkezi bir nitelik olduğundan, ilişkilerin hizmet kullanım sıklığı ve izlem planlarıyla birlikte yorumlanması uygun olacaktır.

Bu çalışmada yaş ile PCAS "Kapsayıcılık" boyutu arasında anlamlı korelasyon saptanmamış, medeni duruma göre de kapsayıcılık boyutunda anlamlı farklılık izlenmemiştir. Bununla birlikte kapsayıcılığın alt bileşenlerinde yönü farklı ve anlamlı ilişkiler görülmüştür: "Hastanın Bütüncül Bilgisi" puanı alkol kullanmayanlarda ve düşük gelir grubunda daha yüksek bulunmuştur. "Koruyucu Hizmetler ve Danışmanlık" puanı ise erkeklerde, alkol kullananlarda ve yüksek gelir grubunda daha yüksek saptanmıştır. Uluslararası literatürde muayenelere ayrılan sürenin kısalmasının koruyucu hizmetlere ayrılan süreyi kısalttığı, görüşme süresinin yeterince uzun olmasının ise koruyucu hizmetlerle ilişkili olabildiği bildirilmiştir. (45) Kronik hastalığı olan bireylerde yaşam tarzı tavsiyeleri, iletişim, hasta merkezli bakım ve süreklilik boyutlarında memnuniyetin daha yüksek olabildiği gösterilmiş (37) ve birinci basamağı ayırt eden temel özelliklerden birinin kişi merkezli, kapsamlı ve bütüncül yaklaşım olduğu vurgulanmıştır. (46) Türkiye bağlamında İzmir'de yapılan bir çalışmada PCAS uygulanmış ve en yüksek puanın koruyucu hizmetler/danışmanlık alt boyutunda olduğu bildirilmiştir. (47) Ayrıca görüşmelerin önemli bir kısmının çok kısa sürmesinin mevcut hastalık dışındaki konuları kısıtlayabildiği gösterilmiştir (48). Bu çalışmada kapsayıcılık toplamında belirgin fark izlenmemesi, alt bileşenlerin zıt yönlerde değişmesi nedeniyle toplam puanda farkın "seyrelmesi" ile ilişkili olabilir; bu nedenle bulguların alt boyut düzeyinde birlikte ele alınması daha açıklayıcıdır. Birinci basamak bakımında kapsayıcılık, koruyucu hizmetler ve danışmanlığın rutin izleme entegre edilmesiyle görünür hale geldiğinden,

alt bileşenlerdeki farklılaşma ASM'de görüşme süresi, başvuru nedeni çeşitliliği ve hizmet sunum öncelikleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyutu yanıt paterni koşulu nedeniyle yalnızca uygun yanıt paternine sahip katılımcılarla sınırlı örneklemde değerlendirilmiştir. Bu sınırlı örneklemde yalnız yaşayanlarda puan daha yüksek, alkol kullanmayanlarda daha yüksek ve gelir düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek bulunmuş; yaş ile eşgüdüm/entegrasyon arasında anlamlı ilişki izlenmemiştir. Uluslararası literatürde sevk zinciri/kapı-tutuculuk gibi yapısal modellerin bakım koordinasyonu ve memnuniyet üzerinde heterojen etkiler gösterebildiği; sevk sisteminin bazı bağlamlarda memnuniyeti artırırken bazı hastalarda uzmana erişimin kısıtlanması algısıyla memnuniyeti azaltabildiği belirtilmektedir. (49) Koordinasyonun birinci basamak–ikinci basamak geçişlerinin yönetimi açısından kritik olduğu vurgulanmıştır. (50) Türkiye'de sevk zinciri tartışmalarının sürmesi, koordinasyonun güçlendirilmesinin sistem düzeyinde önemini göstermekte (51) ve sevk sistemine yönelik toplumsal tutumların değişkenliğinin memnuniyet göstergelerine farklı yönlerde yansıyabildiği bildirilmektedir. (52) Bu boyutun n=75 ile sınırlı değerlendirilmiş olması genellenebilirliği azaltabilir; ayrıca istatistiksel gücü sınırlayarak özellikle küçük/orta etkilerin saptanmasında tip-II hata olasılığını artırabilir. Bu nedenle bulguların yorumlanmasında örneklem kısıtı ve yanıt örüntüsü koşulu dikkate alınmalıdır. Birinci basamakta eşgüdüm/entegrasyon, özellikle kronik hastalığı olan yaşlılarda sevk, tetkik ve uzman geri bildirimlerinin yönetimiyle ilişkili olduğundan, bu alandaki deneyimlerin değerlendirilmesi için daha geniş ve temsil gücü yüksek örneklemler gereklidir.

Bu çalışmada PCAS "Hizmet memnuniyeti" boyutu yalnız yaşayanlarda aile/arkadaş ile yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,040$). Aynı boyutta alkol kullanmayanlarda kullananlara göre belirgin düzeyde daha yüksek puan saptanmış ($p<0,001$) ve düşük gelir grubunda yüksek gelire kıyasla daha yüksek izlenmiştir ($p=0,007$). Cinsiyet, çalışma durumu, sigara, sosyal güvence, hastalık ve ilaç sayısı açısından hizmet memnuniyeti puanında anlamlı farklılık saptanmamıştır (tümü $p>0,05$). Literatürde birinci basamakta iletişim ve hasta deneyiminin hizmet sunum koşullarından etkilendiği; hekim görüşme sürelerinin ülkeler arasında değiştiği ve çok kısa görüşmelerin kaygı verici olabildiği vurgulanmaktadır. (53)Türkiye verileri de görüşmelerin önemli bir kısmının çok kısa sürebildiğini, bunun mevcut hastalık dışındaki konuları kısıtlayabileceğini düşündürmektedir (54); bu çerçevede süreç kısıtlarının iletişim ve genel memnuniyet göstergeleriyle ilişkili olabileceği değerlendirilebilir. (55) Ayrıca uzun dönemli izlem çalışmaları bazı bağlamlarda iletişim ve kişisel yaklaşım gibi boyutlarda zaman içinde düşüşler görülebileceğini bildirmiştir. (56) Sosyodemografik etkiler açısından cinsiyetin hasta tercihi ve memnuniyetini en az etkileyen değişkenlerden biri olduğu raporlanmıştır (57); bu bulgu, cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamasıyla uyumludur. Birinci basamakta hizmet memnuniyeti, yalnızca hekim–hasta etkileşimiyle değil, başvuru süreci, bekleme, süre ve süreklilik gibi çoklu hizmet bileşenleriyle ilişkili olduğundan, sonuçlar ASM'nin süreç yönetimi ve yaşlı dostu hizmet düzenlemeleri çerçevesinde ele alınmalıdır.

Bu çalışmada PCAS "Kişisel Yaklaşım" boyutu kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanmayanlarda belirgin düzeyde daha yüksek ve düşük gelir grubunda daha yüksek izlenmiştir; ayrıca

hastalık sayısı 0–3 olanlarda 4–7 olanlara göre daha yüksek saptanmıştır, ilaç sayısına göre fark anlamlı değildir. Uluslararası literatürde kronik hastalığı olan bireylerde iletişim ve hasta merkezli bakım bileşenlerinin daha olumlu değerlendirilebildiği bildirilmiştir. (58) Bununla birlikte bazı çalışmalarda cinsiyetin hasta tercihleri ve memnuniyetini en az etkileyen değişkenlerden biri olduğu da gösterilmiştir. (59) Türkiye'de ilişkisel empati algısı arttıkça birinci basamak hizmetinden memnuniyetin arttığı saptanmış (60) ve hastaların hekimlerin nezaket/ilgi gibi kişisel yaklaşım unsurlarına ilişkin olumlu değerlendirmeleri bildirilmiştir. (61) Bu çalışmada hastalık yükü daha düşük olanlarda kişisel yaklaşım puanının daha yüksek olması; başvuru nedenleri, görüşme içeriği ve beklenti düzeyi gibi etmenlerle ilişkili olabilir; ancak kesitsel tasarım bu ilişkilerin yönünü göstermediğinden nedensel yorumdan kaçınılmalıdır. Birinci basamakta kişisel yaklaşım, özellikle yaşlı bireylerde güven ilişkisi, iletişim ve karar paylaşımı gibi süreçlerle iç içe olduğundan, bu boyuttaki farklılaşmaların hizmetin sürekliliği ve görüşme içeriği ile değerlendirilmesi önemlidir.

Bu çalışmada PCAS "Güven" boyutu cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı, sosyal güvence, gelir düzeyi, hastalık ve ilaç sayısına göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Ayrıca yaş ile güven arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Uluslararası karşılaştırmalı verilerde toplumlar arası güven düzeylerinin değişken olduğu; Dünya Değerler Araştırması'nın 2005–2014 döneminde Türkiye'nin 29 ülke içinde sondan üçüncü sırada raporlandığı ve Türklerin yalnız %8'inin diğer insanlara güvendiğini belirtirken bu oranın ABD'de %37 olduğu aktarılmıştır. (62) Hekime güvenin tedaviyi kabul, tedaviye uyum, memnuniyet ve uzun süreli hekim–hasta ilişkisiyle bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır. (63) Türkiye'de hasta–hekim arasında güven sorunlarının yaşanabildiği ve bu alanda çalışmalara ihtiyaç olduğunun belirtildiği raporlar bulunmaktadır. (64) Bu çalışmada güven puanının sosyodemografik ve klinik değişkenlere göre ayrışmaması, güvenin daha stabil bir deneyim alanı olabileceğini düşündürse de kesitsel tasarım nedeniyle güvenin hangi süreçlerle şekillendiğine ilişkin nedensel çıkarım yapılamaz. Birinci basamakta güven, özellikle yaşlı bireylerde uzun dönemli izlem ve tedavi uyumu açısından kritik bir bileşen olduğundan, güveni etkileyebilecek örgütsel ve ilişkisel unsurların daha ayrıntılı değerlendirilmesi yararlı olabilir.

Bu kesitsel çalışmanın güçlü yönlerinden ilki, 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak bakım deneyiminin PCAS aracılığıyla çok boyutlu biçimde değerlendirilmiş olmasıdır. Böylece ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm/entegrasyon gibi temel birinci basamak nitelikleri ile hizmet memnuniyeti ve kişisel yaklaşım boyutları, yaşlıların bakım deneyimini bütüncül bir çerçevede ele almayı mümkün kılmıştır.

İkinci olarak, ikili karşılaştırmaların yanı sıra çok değişkenli modelleme yaklaşımlarının kullanılması, PCAS puanlarındaki farklılaşmanın olası karıştırıcılarla birlikte değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Üçüncü olarak, ölçek puanlamasında kılavuzda tanımlanan yanıt örüntüsü koşullarının dikkate alınarak hesaplamaların yapılması ve analizlerde ilgili boyutlar için örneklem kapsamının açık biçimde belirtilmesi, ölçüm geçerliliği ve raporlama şeffaflığı açısından güçlü bir yön olarak değerlendirilebilir. Son olarak, çalışmanın birinci basamak pratiğinde bakım deneyimiyle ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik etmenleri birlikte irdelemesi, yaşlı sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik uygulanabilir tartışma alanları ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın başlıca kısıtlılığı kesitsel tasarımdır. Bu nedenle PCAS boyut/alt boyut puanları ile sosyodemografik/klinik değişkenler arasındaki ilişkiler zamansal sıralama göstermemekte ve nedensel yorum yapılmasına izin vermemektedir. İkinci olarak çalışmanın tek merkezli bir örneklemde yürütülmüş olması, bulguların farklı bölgeler ve farklı hizmet örgütlenmelerine genellenebilirliğini sınırlayabilir.

Üçüncü olarak bazı değişkenlerin özbildirime dayanması (örn. alkol/sigara kullanımı, yaşam düzeni, bazı hizmet deneyimi öğeleri) hatırlama ve sosyal beğenirlik yanlılığına açık olabilir. Dördüncü olarak PCAS "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyutunun yanıt örüntüsü koşulu nedeniyle yalnızca uygun yanıt paternine sahip katılımcılarla (n=75) analiz edilebilmesi, ilgili sonuçlarda istatistiksel gücü azaltarak güven aralıklarını genişletebilir ve tip II hata riskini artırabilir. Son olarak çok sayıda ikili karşılaştırma yapılmış olması, istatistiksel olarak anlamlı bulunan bazı ilişkilerin tesadüfi olma olasılığını artırabileceğinden, sonuçların bütüncül modelleme bulguları ve klinik tutarlılık ile yorumlanması uygun olacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu kesitsel çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde PCAS ile ölçülen birinci basamak bakım deneyimi boyutlarının sosyodemografik ve klinik özelliklere göre farklılaşabildiği gösterilmiştir. Bulgular, ulaşılabilirlik, hizmet memnuniyeti ve kişisel yaklaşım boyutlarında alkol kullanımı ve gelir düzeyi ile ilişkilerin öne çıktığını; süreklilik boyutunda ise hastalık yükü ile ilişkili bir örüntü bulunduğunu düşündürmektedir. "Eşgüdüm/Entegrasyon" boyutunda ise analiz örnekleminin yanıt örüntüsü koşulu nedeniyle daralması (n=75) sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabileceğinden, bu bulguların temkinli yorumlanması gereklidir.

Birinci basamak Aile Hekimliği pratiğinde yaşlı bireylerin bakım deneyimini iyileştirmeye yönelik olarak; ulaşılabilirlik alanında telefonla erişim, randevu/başvuru süreçleri ve bekleme süreleri gibi örgütsel bileşenlerin izlenmesi ve iyileştirilmesi öncelikli olabilir. Kapsayıcılığın alt bileşenlerinde gözlenen farklılaşma, koruyucu hizmetler ve danışmanlığın her başvuruda sistematik biçimde ele alınmasının ve görüşme süresi/iş yükü gibi hizmet sunum koşullarının gözden geçirilmesinin önemine işaret etmektedir. Süreklilik ve eşgüdüm/entegrasyon boyutları açısından, kronik hastalığı olan yaşlılarda izlem planlarının yapılandırılması ve birinci basamak–ikinci basamak geçişlerinde bilgi akışının güçlendirilmesi, bakım deneyimiyle ilişkili alanlarda iyileştirme fırsatları sunabilir. Gelecek çalışmalarda, farklı bölgeleri kapsayan ve daha geniş örneklemlerle yürütülecek tasarımların, özellikle eşgüdüm/entegrasyon boyutunda gözlenen ilişkilerin daha sağlam biçimde değerlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Uygulamaya yönelik öneriler şu şekilde özetlenebilir:

1. Yaşlı bireylerde düzenli izlem ve kronik hastalık yönetimi süreçleri güçlendirilerek süreklilik deneyiminin desteklenmesi,
2. Hizmet memnuniyetinin alt bileşenleri olan iletişim ve fiziksel bakım alanlarında, görüşme süresi/iş akışı gibi süreç bileşenlerinin iyileştirilmesine yönelik yerel düzenlemelerin planlanması,

3. Bakım koordinasyonu ihtiyacının yüksek olduğu yaşlı popülasyonda, sevk-bilgi akışı ve ilaç gözden geçirme süreçlerinin standartlaştırılması,

7.KAYNAKLAR

1. Kurumu Tİ. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024. Kurumsal yayın. [İstatistiklerle Yaşlılar].; 2024 [cited 2026 03 02. Available from: https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54079.
2. Organization WH. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. In Declaration of Alma-Ata; 6-12 September 1978; Geneva.
3. (UNICEF) :WHO&UNCF. Global Conference on Primary Health Care. In Declaration of Astana; 25-26 October 2018; Astana, Kazakhstan. p. Geneva: WHO; 2018.
4. BARBARA STARFIELD LS. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly. 2005: p. 457–502.
5. Medicine Io. Primary Care: America's Health in a New Era. In Press NA. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington (DC); 1996.
6. (Turkey) MoH. Health Transformation Program in Turkey. Ankara: Ministry of Health; 2011.
7. RM. A. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;: p. 1-10.
8. al MLe. Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. Arch Gerontol Geriatr. 2018 Oct: p. 213-220.
9. Allen J GBCHHJSIRPe. A Definition of the Key Features of the Discipline of General Practice and the role of the General Practitioner. Barcelona: WONCA Europe; 2002.
10. Allen J GBCHHJSIRPEPE. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, WONCA Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi.. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, Nisan 2011; 13. 2011 Apr: p. 1-48.
11. Arslan Ş AAGKY. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Turk J. 2000: p. 56-60.
12. Andréia Mascarelo ALSA. Incidence and risk factors for polypharmacy among elderly people assisted by primary health care in Brazil. BMC Geriatrics. 2023: p. 470.
13. Europe W. The European Definition of General Practice / Family Medicine: WONCA Europe 2023 Edition. [Online].; 2023 [cited 2026 03 02. Available from: https://www.woncaeurope.org/resources/view/the-european-definition-of-general-practice-family-medicine-wonca-europe-2023-edition.
14. Psychogeriatric W. WHO Technical Reports Series 507. 1972. Geneva; 14:9-21.
15. Qato DM AGCRea. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. JAMA 2008;300:2867-78.. 2008: p. 2867–2878.
16. Rambhade S CASAPURA. A survey on polypharmacy and use of inappropriate medications. Toxicol Int. 2012 Jun.
17. Roughead EE VACGGA. Multimorbidity, care complexity and prescribing for the elderly. Aging Health. 2011 Sep: p. 695-705.
18. Rupert A Payne AJA. Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practice. Br J Gen Pract.. 2011 Feb: p. 83-84.
19. Safran DA JF,MAa. Predictors Of Voluntary Disenrollment. The Journal of Family Practice. 2001: p. 130-136.

20. Jia Wang ZF. Does Having a Usual Primary Care Provider Reduce Polypharmacy Behaviors of Patients With Chronic Disease? A Retrospective Study in Hubei Province, China. 2021 Jan. https://doi.org/10.3389/fphar.2021.802097.

21. Safran DG KMTARWTDLNea. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Med Care. 1998: p. 728-739.

22. Salive ME. Multimorbidity in older adults. Epidemiol Rev. 2013: p. 75-93.

23. Shadmi E BCM,HCSMSABC. Morbidity and older persons' perceptions of the quality of their primary care. The American Geriatrics Society. 2006: p. 330–334.

24. PA R. Drug prescribing for older adults. In: Schmader KE, Sokol HN, editors. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2011. [Online].; 2011 [cited 2025 12 17. Available from: https://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults.

25. Andersen R NJ. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.. Milbank Mem Fund Q Health Soc.. 1973 : p. 95-124.

26. Organization WH. Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: Organization, World Health; 2022.

27. Hajek A KBKH. Determinants of frequent attendance in primary care: a systematic review of longitudinal studies. Front Med (Lausanne). 2021: p. 595674.

28. OECD. Health at a Glance. Paris: OECD Indicators, OECD; 2025. Report No.: doi:10.1787/8f9e3f98-en, 2025.

29. Alemu FW YJKSSSKSNSea. Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. Syst Rev.. 2024;: p. 252.

30. Hone T GUIMCBBARAR. Effect of primary health care reforms in Turkey on health service utilization and user satisfaction. Health Policy Plan. 2017: p. 57-67.

31. Güven EA AS. Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların bir sağlık sorunları olduğunda tutum, davranışları ve buna etki eden faktörler. Turk J Public Health. 2019: p. 16-27.

32. B. S. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. International Journal of Integrated Care. 2001 Oct: p. 448.

33. JW. S. Defining and measuring interpersonal continuity of care. Ann Fam Med. 2003: p. 134-143.

34. Lağarlı T EEBHÇCÖFEKea. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) Türkiye yetişkin tüketici versiyonunun (PCAT-TR) psikometrik özellikleri: Manisa kentsel bölge örneği. Turk J Public Health. 2014: p. 162-177.

35. Leıyu S SBXJ. Validating The Adult Primary Care Assessment Tool. j fam pract. 200: p. 161.

36. World Health Organization. Primary care evaluation tool (PCET). copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

37. Hsıao CJ RKMJLB. The Effect Of Disability On Personal Quality Of Primary Care Received By Older Adults. Disability and rehabilitation. 2009: p. 1835–1842.

38. Campbell JL RJGJ. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. BMJ. 2001: p. 266-268.

39. E. İ. Birinci basamakta reçetesiz ilaç kullanımı ve sağlık hizmetinin değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD; 2021.

40. Kırılmaz H ÖK. Aile hekimliğinde hasta memnuniyetine yönelik bir araştırma. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2018: p. 60-70.

41. Caner A CS. Health Care Services and the Elderly: Utilization and Satisfaction in the Aftermath of the Turkish Health Transformation Program. Gerontol Geriatr Med. 2019. 2019 Jan : p. 333721418822868.

42. La H. Examination of primary care characteristics in a community based clinic. Journal of Nursıng Scholarshıp. 2002: p. 377-382.

43. Risto Raivio DHMaKJM. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. British Journal of General Practice. 2014; : p. e657-e663.

44. Baker R FGHJea. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review.. Br J Gen Pract.. 2020: p. e600-e611.

45. Wilson A CS. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract.. 2002: p. 1012-1020.

46. Paul Van Royen 1 MBPCSETCL. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. Eur J Gen Pract. 2010 Jun: p. 113-9.

47. Güldal AD,LG,&ÇM. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.. The Journal of Turkish Family Physician,. 2019: p. 163-172.

48. Yaman H GE. Family practice in Turkey: Observations from a pilot implementation. Scand J Prim Health Care.. 2016: p. 81-82.

49. Sripa P HBGPMAGG. Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review.. Br J Gen Pract. 2019: p. e294-e303.

50. Organization WH. Transitions of care. Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: WHO; 2016.

51. Aktaş P va. Birinci basamak sağlık hizmet sunucularının kapı-tutuculuk (gatekeeping) işlevi: Türkiye deneyimi üzerinden değerlendirme. Hacettepe Journal of Health Administration. 2019: p. 879-892.

52. Seda ÖZMEN SEVER BG,GZÖ. Toplumun Aile Hekimliği Hakkında Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum. 2024: p. 47-53.

53. Irving G NADMHOATHVAHJIvipcpctasro6c. BMJ Open.. 2017: p. e017902.

54. Erdinç Yavuz EyEk. Daily Workload and Service Profile of Family Physicians İn Turkey: A Snapshot of One-Day Work. Konuralp Tıp Dergisi. 2020: p. 175-182.

55. Elmore N ea. Investigating the relationship between consultation length and patient experience in primary care. Br J Gen Pract. 2016: p. e896-e903.

56. Murphy J CHMJERWHSDG. The quality of physician-patient relationships. Journal Of Family Practice. 2001 Feb: p. 123-129.

57. Hall JA DM. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1990: p. 811-818.

58. Hsiao CJ RKMJLB. The effect of disability on personal quality of primary care received by older adults. Disabil Rehabil. 2009: p. 1835-1842.

59. Enkhjargal Batbaatar JD,AL,MMS,PA. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspect Public Health. 2017 March: p. 89-101.

60. Şakiroğlu F ÇY. Aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. Türk Aile Hek Derg. 2022: p. 116-123.

61. Zekeriya AKTÜRK HndEmş. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: Europep ölçeği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2002: p. 153-160.

62. Association WVS. WVS Online Data Analysis. [Online].; (Wave 5: 2005–2009; Wave 6: 2010–2014) [cited 2026 3 2. Available from: https://www.worldvaluessurvey.org/WVSOnline.jsp?utm_source=chatgpt.com.

63. Birkhäuer J GJKJea. Trust in the health care professional and health outcome: a meta-analysis.. PLoS One.. 2017: p. e0170988.

64. Halil Şengül AB. Determination of the relationship between physician trust, medical mistrust, and self-confidence in the health services provided in Turkey. Journal of Human Sciences. 2020.

8. EKLER

8.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
"*GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR*"
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı: 65 Yaş Üzerindeki Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından Koruyucu Bir Faktör Müdür?

Sorumlu Araştırıcının Adı: DOÇ. DR. TOLGA GÜNVAR
Yardımcı Araştırmacının Adı: DR. HALİL ŞEHİTLİOĞULLARI
Destekleyici (varsa):

"65 Yaş Üzerindeki Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından Koruyucu Bir Faktör Müdür?" isimli araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma bilimsel araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da fazla bilgi isterseniz size iletişim bilgileri verilen araştırmacıya sorabilirsiniz.

Araştırmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu araştırmaya katılacak?

- Çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumunun 65 yaş üzeri bireylerde polifarmasi açısından bir koruyucu faktör olup olmadığının saptanmasıdır.
- Araştırmaya en az 186 kişi katılması planlandı.

Bu araştırmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Çalışma İzmir İli İçindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlılarda gönüllülüğü durumunda, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanacak. Çalışmaya katılmaya gönüllü bireylere sosyodemografik hasta bilgi anket soruları ve Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) araştırmacı tarafından uygulanacaktır.
- Araştırma 18 ay sürmesi planlanıyor.

Bu araştırmaya katılmalı mıyım?

Bu araştırmada yer almak tamamen size bağlıdır. Şimdi bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmadan ayrılmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya araştırmadan ayrılırsanız, sizin için en uygun tedavi planı bu kararınızdan etkilenmeksizin uygulanacaktır. Eğer araştırmayı yürüten araştırmacı devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verirse sizi araştırma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için standart olarak verilmesi gereken en uygun tedavi uygulanacaktır.

Araştırmanın olası riskleri nelerdir?

Araştırmada olası bir risk yoktur.

Araştırmanın olası riskleri konusunda ne gibi önlemler alınacaktı?

Araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık probleminde her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacak; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Bu araştırmaya katılmamın maliyeti nedir?

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırma için size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında oluşabilecek masraflar size ve bağlı olduğunuz kuruma ödetilmeyecektir.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmayı yapan araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz tıp etiği ve KVKK düzenlenmelerine uygun şekilde gizli tutulacaktır. Araştırma için kullanılacak bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI

Aile Hekimliği Anabilim dalında, araştırmacı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve tedavimi yapan kişi ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun*

olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabileceğim konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, DR. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI, 0232 412 49 51, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR 'den arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.
İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:
Katılımcı ile görüşen araştırmacı
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:
AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*

8.2 Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Tolga Günvar

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İncira Itı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	goaek@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	9118-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	65 Yaş Üzeri Bireylerde Birinci Basamak Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından Koruyucu Bir Faktör müdür ?	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Tolga Günvar Aile Hekimliği A.D.	
	TEZ SAHİBİNİ ADI SOYADI	Halil Şehitlioğulları	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:2026/10-20**	**Tarih:09.03.2026**
	Doç.Dr. Tolga Günvar'ın sorumlusu olduğu **"65 Yaş Üzeri Bireylerde Birinci Basamak Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından Koruyucu Bir Faktör müdür?"** isimli bilimsel araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Çalışma başlığının **"65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler"** olarak değiştirilmesi, -Çalışmanın özetinde, yönteminde, hipotezinde, yapılacağı yerde ve örnekleminde yapılan değişiklikler ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Seher Özyürek (Başkan Yardımcısı)	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Anıl Er	Çocuk Acil	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Dilek Büyükkaya Besen	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Hülya Tuna	Geriatrik Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Berke Manoğlu	Genel Cerrahi	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Serhat Tozburun	Biyomedikal Mühendislik	İBG	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Oktay Halit Aktepe	Tıbbi Onkoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Erdoğan Özgür	KBB	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Mehmet Emin Arayıcı	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	DEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Zülfiye Gül	Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr. Üyesi Elif İnönü	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr. Üyesi Özlem Yener	Spor Hekimliği	DEÜ Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr.Üyesi Mehmet Kocabey	Tıbbi Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	

8.3. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği İzin Yazısı

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-14585038-602.04-1290373

Konu : Veri Toplama

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığının 03.02.2025 tarihli ve E-79371373-602.04.01-1289231 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız öğretim üyelerinden Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'ın danışmanlığında, Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI' nın yürütücüsü olduğu "65 Yaş Üzerindeki Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Polifarmasi açısından Koruyucu Bir Faktör Müdür?" konulu tez çalışması kapsamında hastanemiz polikliniklerine başvuran hastalara anket uygulanabilmesi için izin talebiniz, KVKK kapsamında, etik kurul izni alınması şartıyla ve anonimleştirilerek yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Sefa KURT
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: BCEA2DE0-DEB7-4588-9E95-36242601C2C7 Doğrulama Adresi: https://turkiye.gov.tr/dokuz-eylul-universitesi-ebys
Telefon: 0 232 412 23 02
KEP Adresi : dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr



8.4. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Yazısı

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-79371373-210.01-1450266 07.07.2025

Konu : Çalışma İzni Verilmesi (Doç. Dr.Tolga GÜNVAR)

Sayın Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

İlgi : 03.07.2025 tarihli ve 79371373-605-1447810 sayılı yazınız.

Sorumluluğunuzda Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI'nın yürütücüsü olduğu **"65 Yaş üzerindeki Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından koruyucu Bir Faktör müdür?"** isimli tez çalışması kapsamında, Anabilim dalımız polikliniklerine başvuran hastalar ile gönüllülük esasına göre çalışma yapılması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Vildan MEVSİM
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: 4EA9B9C0-F024-4DD5-B4E7-CCE1FCC5145C Doğrulama Adresi: https://turkiye.gov.tr/dokuz-eylul-universitesi-ebys

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi / İnciraltı 35340-İZMİR Telefon: 0232 412 22 22
Faks: 0232 412 97 98

8.5 Olgu Rapor- Veri Kayıt Formu

ANKET

PROTOKOL ADI/KODU: "65 *Yaş Üzerindeki Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu Polifarmasi Açısından Koruyucu Bir Faktör Müdür? "İsimli* Araştırmamızın amacı Türk toplumundaki 65 yaş ve üzeri bireylerde birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumunun polifarmasi açısından bir koruyucu faktör olup olmadığının incelenmesidir. Vereceğiniz cevaplar toplumumuzu temsil etmesi nedeniyle çok değerlidir. Her bir soru için size doğru gelen kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi içine (……) uygun cevabı yazın. Verilen yanıtların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Verdiğiniz yanıtlar sadece bu araştırma için kullanılacak olup hiçbir şekilde kimliğiniz belli olmayacaktır.

Anketimizi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Asist. Dr. Halil ŞEHİTLİOĞULLARI

Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği ABD

1. **SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Yaş:	
2. Cinsiyet	☐Kadın ☐Erkek
3. Meslek:	☐1.Çalışmıyorum ☐2. Çalışıyor
4. Medeni durum	☐Yalnız ☐Aile veya arkadaş
5. Sigara kullanıyor musunuz?	☐Hiç içmemiş ☐Halen içiyor
6. Alkol kullanıyor musunuz?	☐Evet ☐ Hayır
7. Gelir düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?	☐Gelirim giderimden az ☐Gelirim giderimden eşit ☐Gelirim giderimden fazla
8. Sağlık güvencesi?	☐ Var ☐ Yok
9. Düzenli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren kaç hastalığınız var?	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 veya da fazla

8.6. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (PCAS Primary Care Assessment Survey)

2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (PCAS Primary Care Assessment Survey)

Birinci Basamak Değerlendirme Anketi (PCAS)

The Health Institute
New England Medical Center

NOT: 51 sorudan oluşan bu ankette ☐ ile çevrelenmiş olan sorular ölçeğin puanlamasında kullanılan sorulardır.

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi _____ içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamanız istenmedikçe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, dilerseniz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularımız olursa bilgi almak için lütfen _____ nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığınız için teşekkür ederiz.

3

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

1 **Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız bir doktorunuz var mı?**

evet [1] ↓ hayır [2] →

Diğer ankete geçiniz. Anket sorularımıza yanıt vermek istemeyenler için de yalnızca diğer anketin (sosyodemografik bilgiler) yanıtları alınacak

2. **Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?**

6 aydan daha az	6ay-1yıl arası	1-2 yıl arası	3 – 5 yıl arası	5 yıldan çok
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

3. **Bir sağlık sorununuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru mu ararsınız?**

evet [1] hayır [2]

4. **Bu doktor sağlık gereksinimlerinizin çoğuna yanıt verebiliyor mu?**

evet [1] hayır [2]

5. **Bu doktora bir sağlık sorunu nedeniyle bundan bir önceki başvurunuz ne kadar zaman önceydi?**

Bir aydan daha kısa	1-3 ay	4-6 ay	7ay-1yıl	Bir yıldan daha çok
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

6. **Bu doktoru ailenizin diğer üyelerine ve arkadaşlarınıza, komşularınıza tavsiye eder misiniz?**

Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Emin değilim	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Aşağıdaki sorular **<u>düzenli olarak sağlık hizmeti aldığınız doktorla</u>** ilgili sorulardır.

7a. **Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?**

[1] 15 dakikadan az
[2] 16 – 30 dakika
[3] 31- 60
[4] 60 dakikadan uzun

B. **Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz**

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

8a. **Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

➔

[1] sabahları erkenden
[2] akşamları ve geceleri
[3] hafta sonları
[4] çalışma saatlerinden memnunum

B. **Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz**

➔

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

9a. **Hastalandığınızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?**

➔

(0) Telefonla randevu alamıyorum
[1] aynı gün içinde
[2] ertesi gün için
]3} 2 veya 3 gün içinde
[4] 4-5 gün içinde
]5] 5 günden daha çok

B. **Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?**

➔

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

10a. **Size verilen randevu saatinde doktorunuza gittiğinizde muayeneniz genelikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor**
(randevu almadıysanız sağlık ocağına ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

➔

[1] Zamanında başlıyor
[2] Beş dakikadan daha az
[3] 6-10 dakika geç
[4] 11-20 dakika
[5] 21-30 dakika
[6] 31-45 dakika
[7] 45 dakikadan daha fazla

B. **Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?**

➔

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

11a. **Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç doktora gitmeyi ertelediğiniz oldu mu**

(0) hiç para ödemiyorum *(12a sorusuna geçiniz)*

evet Çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle
[1]	[2]	[3]

B. **Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok kötü	kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

12a. **Size oldukça pahalı geldiği için için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?**

evet çoğu kez	evet bazen	hayır kesinlikle
[1]	[2]	[3]

B **İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını(tedavi maliyetini)nasıl değerlendirirsiniz ?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

13. **Doktorunuzu görmek veya konuşmak ihtiyacı duyduğunuzda aşağıdaki durumlara göre doktorunuzu nasıl değerlendirirdiniz?**

A. **Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bir sorununuz veya sorunuz olduğunda telefonla doktorunuzdan tıbbi öneri alabilmek konusunda**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

14a. **Düzenli kontrolleriniz veya Genel muayene (Çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz ?**

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?**

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

15a. **Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktoru değil)** ➔

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B **Bunu nasıl değerlendirirsiniz ?** ➔

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

16. **Aldığınız sağlık hizmetini aşağıdaki sorulara yanıt vererek teknik yeterlilik açısından değerlendiriniz**

A. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayenenin (tam) yeterliliği

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

B)sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17. **Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] Iyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorularının yeterliliği (tamlığı)						
B. Anlattıklarınızla ilgili dikkati						
C. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar						
D. Sizi daha ileri bir sağlık hizmetine (hastaneye veya uzman doktora) yönlendirdiğinde hazırladığı ve size verdiği (sevk) raporları						
E. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri						

18. **Doktorunuzun yanından sorularınıza yanıt alamadan ayrıldığınız olur mu?**

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

19. **Doktorunuzdan aldığınız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirsiniz ?**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] Iyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Size ayırdığı zaman						
B. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği sabır						
C. Size karşı olan dostluk ve yakınlığı						
D. İlgisi ve bakımı						
E. Size karşı saygısı						

20. **Doktorunuzun sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz ?**

Her şık için ayrı yanıt işaretlenecek	[1] Evet	[2] Hayır
A. Oldukça az öneride bulunuyor		
B. Oldukça çok öneride bulunuyor		

21. **Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu**

Her şıkkı ayrı yanıtlayınız	[1] Evet üç yıl içinde	[2] Evet 3 yıldan daha uzun	[3] Evet zamanını hatırlamıyorum	[4] hayır
A. Sigara içme				
B. Alkol kullanımı				
C. Aile planlaması				
D. Beslenme (gebe,bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.				
E. Egzersiz ve spor yapma				
F. Kişisel temizlik (eller, dişler vb.)				
G. Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki				

22. **Aşağıdakilerden hangilerini onun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ?**

(answer each line)	[1] Evet	[2] Hayır
A. Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak		
B. Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak		
C. Aile planlaması yöntemi kullanmak		
D. Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek		
E. Egzersiz ve spora başlamak		
F. Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstemek		
G. Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kılıf kullanmak gibi)		

23. **Doktorunuza olan güveninizle ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz**

	[1] Kesinlikle katılıyorum	[2] Katılıyorum	[3] Emin Değilim	[4] Katılmıyorum	[5] Kesinlikle katılmıyorum
A. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim					
B. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar					
C. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim					
D. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yaparken maliyeti düşük tutmaya çok dikkat eder					
E. Sağlığımla ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler					
F. Sağlığıma benim kadar dikkat eder					
G. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır					

24. **Tüm bunları dikkate aldığınızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç güvenmiyorum										Tam olarak güveniyorum

25. **Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] Iyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi						
B. Evde ve işyerindeki sorumluluklarımızla ilgili bilgisi						
C. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi						
D. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi						

26. **Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir**

Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

27. **Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizin sağlık bakımınızda önemli bir rol üstleniyorlar mı** ?

[1] evet

[2] hayır → 30. Soruya geçiniz

↓

28. **Diğer doktor ve hemşirelerin bakımınızda önemli bir rol oynadığını düşünüyorsanız aşağıdaki verilen durumları nasıl değerlendirirsiniz:**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] İyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgileri						
B. Tıbbi özgeçmişiniz ile ilgili bilgileri						
C. Onlardan aldığınız hizmetin kalitesi						
D. Sürekli doktorunuzla onların arasındaki eşgüdüm						
E. Sağlık sorunlarınız ya da tedavilerinizle ilgili gereksinim duyduğunuz açıklamalar						

29. **Düzenli doktorunuzun <u>sizin</u> diğer doktor ve hemşirelerden aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bilgilerinin düzeyini nasıl değerlendirirsin?**

Herşeyi biliyor	Çoğunu biliyor	Bazı şeyleri biliyor	Çok az şeyi biliyor	Hiçbir şeyi bilmiyor
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

30. **Doktorunuz size özel bir sağlık sorununuz için farklı bir doktoru önerdi mi ?**

[1] Evet [2] Hayır → 32.soruya geçiniz

31. **Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdiğinde aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?**

	[1] Çok kötü	[2] Kötü	[3] Orta	[4] Iyi	[5] Çok iyi	[6] Mükemmel
A. Gideceğin uzman hekimi seçmene yardımı						
B. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı						
C. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi						
D. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi						
E. Diğer pratisyen hekim veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı						
F. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi						

32. **Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

[1] Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı
[2] Çok memnunum
[3] Biraz memnunum
[4] Ne memnun ne de değilim
[5] Biraz memnun değilim
[6] Hiç memnun değilim
[7] Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı

33. **Doktorunuzun adını yazınız** _____

Teşekkür ederiz

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	TIPTA UZMANLIK İNTİHAL YAZILIM PROGRAMI RAPORU BEYAN BELGESİ	Doküman Kodu	TUİ.TIF.001
		Yayın Tarihi	15.05.2025
		Revizyon Tarihi	000
		Revizyon No	000

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	Halil ŞEHİTLİOĞULLARI
Anabilim Dalı	Aile Hekimliği
Danışmanının Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Tolga GÜNVAR
Tez Başlığı	65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörler

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmasının a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana Bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 64 sayfalık kısmına ilişkin olarak, tarafımdan Turnitin adlı intihal tespit programından "Dokuz Eylül Üniversitesi Tez İntihal Yazılım Programı Raporu Uygulama Esasları"na göre, tezin benzerlik oranı ;

Filtreleme sonrası %12 (limit %20) 'tir.

Yukarıda yer alan beyanın ve ekte sunulan İntihal Yazılım Programı Raporu'nun doğruluğunu onaylarım. Benzerlik taraması yukarıda verilen ölçütlerin ışığı altında tarafımca yapılmıştır

15/05/2026

Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

Eklenecek Belgeler:

1) İntihal Raporlar başlık sayfasında tezinin taraması yapılan öğrencinin ismi bulunmalıdır.

2) PDF dosyası sonunda çıkan filtreleme sonrası orijinallik raporları (orijinallik raporunun sadece benzerlik endeksini yüzdelik değer ile gösteren ilk sayfa ve filtrelemelerin nasıl yapıldığını gösteren son sayfa eklenmelidir.)

3) Filtre tanımı:
   * 5 kelime sınırlama
   * Kaynaklar hariç
   * Alıntılar hariç

Halil Şehitlioğulları

HALİL ŞEHİTLİOĞULLARI TEZ.docx

Dokuz Eylül Üniversitesi

Document Details

Submission ID
trn:oid:::3117:585815682

Submission Date
May 4, 2026, 9:46 AM GMT+3

Download Date
May 4, 2026, 9:49 AM GMT+3

File Name
HALİL ŞEHİTLİOĞULLARI TEZ.docx

File Size
1.9 MB

64 Pages

16,293 Words

113,829 Characters

iThenticate Page 1 of 72 - Cover Page Submission ID trn:oid:::3117:585815682

12% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

11% Internet sources
9% Publications
0% Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

iThenticate Page 2 of 72 - Integrity Overview Submission ID trn:oid:::3117:585815682

EK-3

Filtre tanımı:

- 5 kelime sınırlama
- Kaynaklar hariç
- Alıntılar hariç