

## Hastaneye Başvuran Kalp Damar Hastalarının Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı

### *Use of Primary Health Care Service in Cardiovascular Patients Admitted to Hospital*

Kübra Sultan Dengiz<sup>1</sup>, Deniz Koçoğlu Tanyer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye

Ayrıntı vermek için: Dengiz KS, Koçoğlu Tanyer D, Hastaneye Başvuran Kalp Damar Hastalarının Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı. SHYD. 2020;7(3): 402-411.

### Öz

**Amaç:** Çalışmanın amacı, kalp damar hastalığı tanısı olan bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi ve sağlık hizmetlerini kullanma durumu ile sosyodemografik özellikler, sağlık ve hastalık özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı türdeki çalışmayı geliştiren örneklem yöntemi ile seçilen, bir hastaneye herhangi bir nedenle başvuran 20 yaş ve üstü kalp damar hastalığına sahip 313 birey oluşturulmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 59,21±13,52'dir. Bireylerin %46'sının hipertansif bir hastalığı bulunduğu ve %88,5'inin sürekli ilaç kullandığı görülmüştür. Kalp damar hastalıkları için ilk kurum olarak aile sağlığı merkezini yeğleyenlerin oranı %13,4; herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında ilk kurum olarak aile sağlığı merkezine başvuranların oranı ise %20,1 bulunmuştur. Bireylerin %89,1'i aile sağlığı merkezinden sevk edilmeden hastaneye gelmekte ve bunların %16,9'u aile sağlığı merkezlerini yetersiz bulmaktadır.

**Sonuç:** Hastaneye başvuran kalp damar hastalarının, birinci basamak sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı görülmektedir. Birinci basamakta, kalp damar hastalığı yönetiminin güçlendirilmesi için çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aile sağlığı merkezi, hemşirelik, kalp damar hastalığı, kronik hastalık, temel sağlık hizmeti.

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to determine the use of primary health care services in individuals diagnosed with cardiovascular diseases and to investigate the relationship between health status and sociodemographic characteristics and health/disease characteristics.

**Method:** The sample of this descriptive study consisted of 313 individuals with cardiovascular disease aged 20 years and over who were admitted to a hospital for any reason by haphazard sampling method. A questionnaire was used to collect the data.

**Results:** The mean age of the participants was 59.21 ± 13.52 years. It was seen that 46% of the individuals had hypertensive disease and 88.5% of them had continuous medication. The rate of those who prefer family health care center as the first institution for cardiovascular diseases is 13.4%, and the rate of those who prefer family health care center, as the first institution in case of any health problem is 20.1%. The individuals 89.1% came to the hospital without referral from the family health care center, 16.9% of them found family health care centers inadequate.

**Conclusion:** It is seen that cardiovascular patients who apply to the hospital benefit less from primary health care services. Strengthening the management of cardiovascular patients in primary care is the main suggestion of this study.

**Keywords:** Cardiovascular disease, chronic disease, family health care service, nursing, primary health care.

\*Bu çalışma, 5-8 Kasım 2017 tarihinde 16.Ulusal 5.Uluslararası Hemşirelik Kongresinde Poster Bildiri olarak sunulmuştur.

Received / Geliş: 17.05.2020

Accepted / Kabul: 13.10.2020

Published Online / Online Yayın: 30.12.2020

Corresponding author / İletişim: Kübra Sultan Dengiz, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye

E-mail / E-posta: ksdengiz@gmail.com

Yazarların ORCID bilgileri:

K.S.D. 0000-0002-0473-5544, D.K.T. 0000-0001-9496-8749

## Extended Abstract

**Introduction:** The incidence and burden of chronic diseases increase with the prolongation of life, and cardiovascular diseases (CVD) constitute the most important group of diseases in terms of these features. In 2018, when causes of death in Turkey are examined; It is seen that circulatory system diseases take the first place with 38.4%. 39.7% of deaths due to these diseases are caused by ischemic heart disease, 22.4% from cerebrovascular disease and 8.3% from hypertensive diseases.

**Aim:** The aim of this study was to determine the use of primary health care services in individuals diagnosed with CVD and to investigate the relationship between health status and sociodemographic characteristics and health / disease characteristics.

**Method:** The sample of this descriptive study consisted of 313 individuals with cardiovascular disease aged 20 years and over who were admitted to a hospital for any reason by haphazard sampling method. Necessary ethics committee and institution permissions were obtained to conduct the research. A questionnaire was used to collect the data. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as the chi-square test, were used to evaluate the data. The dependent variable of the study is the use of primary health care because of general health problem and cardiovascular disease problem; independent variables are individuals' sociodemographic characteristics, health / illness characteristics, and features of using health services. For significance level,  $p < 0.05$  has been accepted.

**Results:** The mean age of the participants was  $59.21 \pm 13.52$  years. It was seen that 46% of the individuals had hypertensive disease and 88.5% of them had continuous medication. The rate of those who prefer family health care center (FHC) as the first institution for cardiovascular diseases is 13.4%, and the rate of those who prefer FHC, as the first institution in case of health any problem is 20.1%. Almost all of the individuals (89.1%) came to the hospital without referral from the FHC, 16.9% of them reported that the services of FHCs were inadequate and 76.4% thought they would receive better treatment services than FHC. Only 18.2% of individuals receive counseling services at FHC and the majority are chronic disease education. The rate of individuals who are visited by family health centers is only 8%. The rate of individuals knowing who the family doctor is is 78.3% and 61.7% of them know which family health personnel work in ASM.

When the use of primary health care services for CVD according to the sociodemographic characteristics of the individuals was examined, it was found that the rate of using primary health care services was higher in those with low education level and who lived in village / towns for the longest time ( $p < 0.05$ ). When the status of individuals using primary health care services for general health problems is examined, it was seen that the variable of the longest living place was significant ( $p < 0.05$ ). When the situation of individuals using primary health care services according to their cardiovascular disease characteristics was examined, the type of cardiovascular disease, continuous drug use status and duration of cardiovascular disease were found to be not statistically significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** It is observed that cardiovascular patients admitted to the hospital benefit less from primary health care services. It is considered that especially along with the services such as home visits and counseling for individuals with chronic diseases living in urban centers, active implementation of the referral system in FHCs, will be prevent the flow of patients to other health institutions. Strengthening the management of cardiovascular disease in primary care from the perspective of physicians and nurses is the main suggestion of this study.

## Giriş

Kronik hastalık bir yıl ya da daha fazla süren, bireyin sürekli tıbbi destek almasını gerektiren ve/veya günlük yaşamını kısıtlayabilen durum olarak tanımlanmaktadır (Akalin, Durusu Tanrıöver ve Sayran, 2012). Yaşamın uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve hastalık yükü artmakta böylece hem bireylerin hem de ülkelerin ekonomik durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Dünyada tüm yaş gruplarını etkilemekte olan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) arasında kalp damar hastalıkları her yıl 17,9 milyon bireyin ölümünden sorumludur (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2018).

Türkiye'deki 2018 yılı ölüm nedenleri incelendiğinde ilk sırada %38,4 ile yine dolaşım sistemi hastalıklarının yer aldığı görülmektedir. Bu hastalıklar nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39,7'i iskemik kalp hastalığından, %22,4'ü ise serebrovasküler hastalık ve %8,3'ü hipertansif hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TUIK], 2018). Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin 2013-2020 Küresel Eylem Planına göre 2025 yılına kadar ulaşılması gereken dokuz küresel hedeften biri de "Kalp krizlerini ve felçleri önlemek için ilaç tedavisi ve danışmanlık alabilecek insanların en az %50'sinin tedavi alabilmesi" şeklinde belirlenmiştir (DSÖ, 2019). Bu hedefin gerçekleştirilmesinde en büyük sorumluluk ise kronik hastalıkların izlenmesinde ön plana çıkan aile sağlığı merkezlerine düşmektedir (Kulak ve ark., 2019). Bulaşıcı olmayan hastalıkların belirlenmesi, taranması, tedavisi ve palyatif bakımı kalp damar hastalıklarına verilen yanıtın temel bileşenini oluşturmaktadır (DSÖ, 2018). Birinci basamakta koruyucu hekimlik hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi, kronik hastalıklar nedeniyle daha üst basamaklara başvuru gerektiren hastalıkların azaltılması, kalp damar hastalıklarının yönetiminde önemli bir yaklaşımdır (Akalin ve ark., 2012). İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yürütülen tanı ve tedavilerden önce hastaların öncelikle aile hekimleriyle görüşmeleri ve sevk edilmeleri hastalardan izlenmesi beklenen bir durum olarak vurgulanmaktadır (Nakip ve Özçiftçi, 2015). Bireylerin sağlık sorunu yaşadığında genellikle aile hekimini yeğlediği (tercih ettiği) belirlenen bir çalışmada, hastaların bağlı oldukları aile sağlığı elemanlarını daha az tanıdığı ve evde daha az ziyaret edildikleri görülmüştür (Güldal, Yıldırım, Kuruoğlu, Günvar ve Mevsim, 2012).

Birinci basamakta sağlık profesyonellerinin "Kalp Damar Hastalığı (KDH)" konusunda verecekleri eğitimlerin; ölüm ve hastalıkla ilgili yan etkilerin azaltılmasına, bireylerin kalp ve genel sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik farkındalıklarının artırılmasına ve yaşam biçimlerinde gerekli değişiklikleri yapmasına katkıda bulunacağı belirtilmektedir (Dağıstan ve Gözüm, 2016). Ayrıca hemşirelerin, kronik hastalığı olan bireye eğitim verme, bakım yapma, öz bakım yeterliklerini oluşturma ve yönetilmesini sağlama, danışmanlık yapma, çalışmalarını düzenleme, değişimin temsilcisi ve kaynak kişi olma gibi sorumlulukları da bulunmaktadır (Fidan ve Kut, 2017; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2011). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ancak ilk başvurunun yapıldığı ve hizmetin eşgüdümünün sağlandığı yer olarak yaygın kullanıldığı durumda maliyet etkin olduğu belirtilmektedir (Akman, 2012). Oysa tüm sektörlerde yıllara ve kurum türüne göre toplam hekime müracaat sayısı incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin genel toplam içindeki oranı sadece %33,9 bulunmuştur (Bora Başaran, Güler, Soyutan, Aygün ve Özdemir, 2019). Bu bağlamda kalp damar hastalıklarının birinci basamakta ele alınması, hem hastanın yetkilendirilmesi, bilinçlenmesi hem de hastalığın kontrol altına alınmasında çok önemli bir yaklaşım olmaktadır. Tüm bunların yanı sıra ülke kaynaklarının etkin kullanımının sağlanabilmesi açısından da ayrı bir önem taşımaktadır.

## Yöntem

**Araştırmamanın Amacı:** Çalışma, herhangi bir nedenle hastaneye başvuran, 20 yaş ve üstü kalp damar hastalığı tanısı olan bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi ve sağlık hizmetlerini kullanma durumu ile sosyodemografik özellikler ile sağlık ve hastalık özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Araştırmamanın Tipi:** Tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

**Araştırma Soruları:** Çalışmada;

- Yirmi yaş ve üstü kalp damar hastalığına sahip bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu nedir?
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterir mi?
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu sağlık ve hastalık özelliklerine göre farklılık gösterir mi? sorularına yanıt aranmıştır.

**Araştırmamanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:** Araştırma Ankara ilinin bir merkez ilçesindeki ikinci basamak sağlık hizmeti veren bir devlet hastanesinde yürütülmüştür. Bu hastane, ilçenin merkezinde bulunan tek devlet hastanesi olup ilçede bulunan bireylerin herhangi bir sağlık sorunu olduğunda başvurduğu en yakın hastanedir. Hastanede 115 yatak, 106 hekim ve 155 hemşire görev yapmaktadır. Ayrıca dört iç hastalıkları, iki kardiyoloji polikliniği ve bir acil servisi bulunmaktadır.

**Araştırmamanın Evren ve Örneklemi:** Araştırmamanın evrenini herhangi bir nedenle Ankara ili bir merkez ilçesindeki devlet hastanesine başvuran 20 yaş üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmamanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "Tablo 4d anlamlılık düzeyi %5, güç %90 kabul edilerek bir örneklem oran testi" için Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanmış örneklem belirleme tablosundan yararlanılmıştır (Lemeshow, Hosmer, Klar ve Lwanga, 2000 s.112). Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 2016 verilerine göre tüm sağlık kurumlarına yapılan başvurular içinde aile

hekimliğine başvuru oranı %31,6 olarak bildirilmiş (Bora Başaran ve ark 2016) ve bir üst değer olan tablodaki standartlaştırılmış güven aralığı genişliği 0,35 göz önünde bulundurularak örneklem sayısı minimum 248 olarak belirlenmiştir. Ancak araştırma ilişkisel tasarımda da planlandığından incelenen bağımsız değişken sayısı (on) göz önünde bulundurulduğunda %90 güç ve 0.05 alfa düzeyinde 314 kişiye ulaşılması (Cohen, Cohen, West, ve Aiken, 2003) gerektiği belirlenmiş ve sonuçta 313 bireyin katılımı ile çalışma sonlandırılmıştır. Örneklem seçiminde olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi seçilmiştir. Veriler iletişim sorunu olmayan 20 yaş üzeri bireylerden, en az bir yıl öncesinde kalp damar hastalığı tanısı almış, akut ve ciddi bir sağlık sorunu nedeniyle (kanser, serebrovasküler olay gibi) hastaneye başvurmamış olanlardan ve ankete katılmayı kabul eden bireylerden toplanmıştır.

**Veri Toplama Aracı:** Veri toplama aracı olarak, alan yazın (Çetinkaya, Baykan ve Naçar, 2013; Tuna Erdem, Akpınar ve Saatçi, 2006) incelemesi sonucunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda; sosyodemografik özelliklere yönelik yedi soru, bireylerin sağlığı ve hastalığıyla ilgili özelliklerine yönelik üç soru, sağlık hizmetlerini kullanma durumuna yönelik on yedi soru olmak üzere toplam yirmi yedi soru bulunmaktadır.

**Verilerin Toplanması:** Araştırma verileri, herhangi bir nedenle hastaneye başvuran ve kan alma birimine yönlendirilmiş olan bireylerle yapılmıştır. Kan alma biriminin bekleme salonunda bireylere öncelikle herhangi bir kardiyovasküler hastalığı olup olmadığı sorulmuş ve kardiyovasküler hastalığa sahip olanlardan ankete katılmayı kabul edenler arasından, araştırmaya katılmayı kabul edenlerle yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır.

**Verilerin Analizi:** Verilerin istatistiklerinde SPSS 20.0 programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, yüzde ve standart sapma hesaplamaları, önemlilik testlerinde ki-kare analiz yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizinde 2x2 tablolarda gözlenen değerler 25 ve 25'in üzerinde ise Pearson ki-kare testi, gözlenen değerler 25'in altında ve 5'in üzerinde ise Yates ki-kare testi, gözlenen değer 1 ya da beklenen değer 5'in altında ise Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Tabloların çok gözlü ki-kare düzenlerinde, gruplar arasındaki farka bakılmış olup anlamlı çıktığı durumlarda farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı araştırılmıştır (Alpar, 2016). Önemlilik düzeyi için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni genel sağlık sorunu ve kalp damar hastalığı sorunu nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetini kullanma durumu; bağımsız değişkenleri ise bireylerin sosyodemografik özellikleri, sağlık ve hastalık özellikleri ile sağlık hizmetlerini kullanma özellikleri şeklinde belirlenmiştir.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Bir üniversitenin etik kurulundan 2017/06 kayıt numarasıyla etik kurul onayı alınmış ve çalışmanın yürütülmesi için Ankara ilindeki bu devlet hastanesinden yazılı kurum izni alınmıştır. Ayrıca görüşme öncesi, katılımcılarının bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Araştırma bir devlet hastanesinde gerçekleştirildiğinden, örneklem ile sınırlı olup genellenemez.

## Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $59,21 \pm 13,52$  olup; %66,1'i kadın ve %71,9' u evli bulunmuştur. En az ilkokul mezunu olanların oranı %72,3 iken; %83,7'si ekonomik durumunu orta/kötü olarak değerlendirmiştir. En uzun süre yaşadığı yer ilçe olanların oranı %44,7 olarak belirlenmiş ve %93,3' ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bireylerin kalp damar hastalığı sorgulandığında, %46'sının hipertansif bir hastalığı bulunduğu ve %88,5'inin sürekli ilaç kullandığı görülmüştür. İlk tanı alma üzerinden geçen süre ortalama  $9,7 \pm 7,85$  yıl saptanmıştır. Bireyler, kalp damar hastalığına yönelik sorun (%70,6) ya da herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında (%70,9) ilk olarak devlet hastanelerine başvurmakta, aile sağlığı merkezine (ASM) ise genellikle aile hekimine reçete yazdırmak için (%84,7) gitmektedir. Kalp damar hastalıkları için ilk kurum olarak ASM'nin tercih edilme oranı %13,4; herhangi bir sorun yaşadığında ilk kurum olarak ASM'nin tercih edilme oranı %20,1 bulunmuştur. Bireylerin tamamına yakını (%89,1) ASM'den sevk edilmeden hastaneye gelmektedir. Katılımcıların %64,5'i laboratuvar tanı olanaklarının fazla olması ve %16,9'u ASM'leri yetersiz bulması; ayrıca %76,4'ü ASM'lere göre daha iyi tedavi hizmeti alacağını düşünmesi nedeniyle hastaneye sevk edilmeden geldiğini belirtmiştir.

**Tablo 1. Bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu (N =313)**

Değişkenler	n	%
<b>ASM de danışmanlık hizmeti alma durumu</b>		
Hayır	256	81,8
Evet	57	18,2
<b>ASM de alınan danışmanlık hizmetinin türü*</b>		
Kronik hastalıklara yaklaşım	32	10,2
Akılcı ilaç kullanımı	23	7,3
Sağlıklı yaşam davranışları	20	6,4
KDH özbakımı/tedavisi	15	4,8
Sigara bırakma	4	1,3
<b>ASM' den ev ziyareti yapılma durumu</b>		
Hayır	286	91,4
Evet	27	8,6
<b>ASM' deki sağlık personellerini bilme durumu</b>		
Evet	193	61,7
Hayır	120	38,3
<b>Aile hekimini tanıma durumu</b>		
Evet	245	78,3
Hayır	68	21,7
<b>ASM' ye ulaşmada sorun yaşama durumu</b>		
Hayır	240	76,7
Evet	73	23,3
<b>ASM' ye ulaşma şekli</b>		
Yürüyerek	250	79,9
Araç/vasıta kullanarak	63	20,1
<b>ASM hakkında bilgiyi elde etme durumu*</b>		
Sağlık çalışanı	186	59,4
Yakın çevre	186	59,4
Televizyon	126	40,3
Gazete	61	19,5
İnternet	33	10,5
Broşür	28	8,9
<b>ASM' deki hizmetlerin uygunluk/etkinlik durumu</b>		
Evet	174	55,6
Hayır	139	44,4
<b>ASM' den memnun olma durumu</b>		
Evet	234	74,8
Hayır	79	25,2
<b>ASM' ye başvuru sayısı</b>		
	<b>Ort</b>	<b>Sd</b>
	3,6	3,25

\*Birden fazla şık işaretlenmiştir. Sd:Standart sapma

Tablo 1 incelendiğinde; kalp damar hastalığına sahip bireylerin bir yıl içinde ASM'ye başvuru sayısı ortalama 3,6± 3,25'tür. Bireylerin sadece %18,2'si ASM'de danışmanlık hizmeti almakta ve çoğunluğunu kronik hastalık eğitimi

oluşturmaktadır. ASM tarafından ev ziyareti yapılan bireyler sadece %8,6 bulunmuştur. Bireylerin %78,3'ü aile hekiminin kim olduğunu ve %61,7'si ASM'de hangi aile sağlığı elemanlarının çalıştığını bilmektedir. Bireyler (%76,7) ASM'ye ulaşma açısından bir sorun yaşamamakta ve çoğunluğu ASM'ye yürüyerek (%79,9) gitmektedir. ASM hakkında bilgiye erişme açısından en fazla sağlık personeli ve yakın çevre etkili olmaktadır (%59,4). Bireylerin %44,4'ü ASM'de teknolojik gelişmelere uygun, etkin danışmanlık, eğitim ve tedavi hizmeti verilmediğini belirtirken; %25,2'si verilen sağlık hizmetinden memnun olmadığını vurgulamıştır (Tablo 1).

**Tablo 2. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre kalp damar sağlık sorunları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu (N= 313)**

Sosyodemografik Özellikler	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu				Test Değeri / p*
	ASM		Diğer Sağlık Kuruluşları		
Cinsiyet	n	%	n	%	
Kadın	32	15,5	175	84,5	1,702 / 0,192
Erkek	10	9,4	96	90,6	
<b>Medeni durum</b>					
Bekar/dul	11	12,5	77	87,5	0,013 / 0,909
Evli	31	13,8	194	86,2	
<b>Eğitim durumu</b>					
Okur-yazar değil/okur-yazar/ İlkokul mezunu	35	17,2	168	82,8	6,360 / 0,012
Ortaokul mezunu ve üzeri	7	6,4	103	93,6	
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	8	15,7	43	84,3	0,087 / 0,768
Orta/kötü	34	13,0	228	87,0	
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>					
Köy/kasaba	17	22,7	58	77,3	6,252 / 0,012
İlçe/il merkezi	25	10,5	213	89,5	
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Evet	38	13,0	254	87,0	- / 0,502
Hayır	4	19,0	17	81,0	

\*Ki-kare analizi, p<0,05

Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile kalp damar hastalıkları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ve sağlık güvencesine sahip olma durumuna göre sağlık hizmeti kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamış iken (p>0,05); eğitim durumu ve en uzun süre yaşanılan yer değişkenlerine göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Eğitim durumu ilkök ve altı olanlar ile en uzun süre yaşadığı yer olarak köy/kasabayı belirtenlerin ASM kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre genel sağlık sorunları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu (N= 313)**

Sosyodemografik Özellikler	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu				Test Değeri / p*
	ASM		Diğer Sağlık Kuruluşları		
Cinsiyet	n	%	n	%	
Kadın	42	20,3	165	79,7	0,00 / 1,00
Erkek	21	19,8	85	80,2	
<b>Medeni durum</b>					
Bekar/dul	12	13,6	76	86,4	2,672 / 0,102
Evli	51	22,7	174	77,3	
<b>Eğitim durumu</b>					
Okur-yazar değil/okur-yazar/ ilkokul mezunu	48	23,6	155	76,4	3,845 / 0,05
Ortaokul mezunu ve üzeri	15	13,6	95	86,4	
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	13	25,5	38	74,5	0,728 / 0,394
Orta/kötü	50	19,1	212	80,9	
<b>En uzun süre yaşanan yer</b>					
Köy/kasaba	23	30,7	52	69,3	5,980 / 0,014
İlçe/il merkezi	40	16,8	198	83,2	
<b>Sağlık güvencesi</b>					
Evet	56	19,2	236	80,8	1,161 / 0,200
Hayır	7	33,3	14	66,7	

\*Ki-kare analizi, p<0,05

Bireylerin genel sağlık sorunları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum ve sağlık güvencesine sahip olma durumu istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken (p>0,05); en uzun süre yaşanan yer değişkenine göre anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). En uzun süre köy/kasabada yaşayanların %30,7'si genel sağlık sorunu yaşadığında ASM'ye başvururken; il/ilçe merkezinde yaşayanların %83,2'si ASM dışındaki sağlık kurumlarına başvurmaktadır (Tablo 3). Bireylerin kalp damar hastalık özelliklerine göre birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu incelendiğinde, kalp damar hastalığının türü, sürekli ilaç kullanma durumu ve kalp damar hastalığının süresi yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

## Tartışma

Çalışmaya katılan bireyler arasında kadın oranı biraz daha yüksek iken bireylerin neredeyse yarısının tanısının hipertansiyon olduğu ve bunların çoğunluğunun sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Alan yazına göre ülke genelinde kadınlar erkeklere göre daha sık hekime başvurmakta (Güven ve Aycan, 2018; Kılıç, 2013a) ve yine bireyler arasında en fazla kronik hastalık sorunu olarak hipertansiyon ve kalp hastalıkları görülmektedir (Kılıç, 2013b; Kılıçkap ve ark., 2018). Kronik hastalığı olan bireylerin neredeyse yarısının beşten fazla ilaç kullandığı belirtilmektedir (Tetik Kayhan, Tekinemre Gedik , Işılçay Gül, Mete, Hassanlı ve Alhuraibi, 2018).

Kalp damar hastalığına sahip bireylerin büyük bir çoğunluğu ASM'ye reçete yazdırmak için gitmekte ve %23,3'ü ASM'ye ulaşma açısından sorun yaşamamaktadır (Tablo 1). ASM'nin genelde reçete yazdırmak için kullanımı bulgusu alan yazında sık görülmektedir (Delican ve ark., 2019; Güven ve Aycan, 2018; İlhan, Tüzün, Aycan, Aksakal ve Özkan, 2006). Ayrıca bir ađ sistemiyle ASM'lerin erişilebilir alanlarının ölçüldüğü bir çalışmada ASM'ye uzaklığın yönetmelikteki ölçüt dışında kaldığı belirlenmiştir (Deniz, 2018). Aile hekimleri ve hemşirelerin hem muayene hem de koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten kişiler olduğu görev tanımlarında yer almasına karşın katılımcıların çok az bir kısmının danışmanlık hizmeti aldığı ve ev ziyareti yapılan bireylerin oranının %8,6 olduğu görülmektedir (Tablo 1). Bu bulguyu alan yazın da desteklemektedir (Çetinkaya, Baykan ve Naçar, 2013; Çiçek Gümüş ve Güngörmüş, 2020; Çiçeklioğlu ve ark., 2013). ASM'lerde

danışmanlık verilmesi konusundaki engeller (zaman kısıtı, yeterli bilgiye sahip olmama vb.) ortadan kalktığına (Çiçek Gümüş ve Güngörmüş, 2020) ve KDH'ye sahip bireylere yeterli danışmanlık hizmeti verildiği durumda sistemin etkin olacağını gösteren veriler bulunmaktadır (Akçer, 2017). Ev ziyaretlerinin düşük olmasının bir sonucu olarak aile sağlığı elemanları ve aile hekimi tanıma oranları bu çalışmada da olduğu gibi yeteri düzeyde bulunmamaktadır (Akman, 2012; Çetinkaya ve ark., 2013; Çiçek Gümüş ve Güngörmüş, 2020).

Herhangi bir sağlık sorununda istenilen öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarının kullanımı beklenmekle birlikte çalışmada, hem genel sağlık sorunlarında hem de KDH'de bu oran düşük olarak bulunmuştur (Tablo 1). Alan yazında benzer olan (Ayraller, Akan ve Hayran, 2018; Güven ve Aycan, 2018; Özilice, Uçku ve Akdede, 2017) ve olmayan sonuçlar (Akman, Gürpınar, Karaeminoğulları, Sarzep ve Özen, 2019; Çetinkaya ve ark., 2013) bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda sevk sisteminin işlemediği ve ASM'de muayene olmak ikinci-üçüncü basamak hastanelerden ve özel sağlık kurumlarından daha ucuz olmasına karşın başvuru açısından daha az yeğlendiği görülmektedir. Hatta sevk sisteminin olmamasını olumlu görenlerin olduğu belirtilmektedir (Çiçek Gümüş ve Güngörmüş, 2020; Güven ve Aycan, 2018). Bu konuda toplumun bilgilendirilmeye gereksinimi olduğu ve bilgiye erişme açısından en fazla istenen kişilerin sağlık personeli olduğu vurgulanmaktadır (Arslanhan, 2010; Aycan, Özkan, Avci, Özdemirhan ve Çivil, 2012) Bireylerin ASM'yi ilk başvuru merkezi olarak kullanmamalarında, teknolojik gelişmelere uygun bulmama, etkin danışmanlık, eğitim ve tedavi hizmetinin verilmemesi ve verilen sağlık hizmetinden memnun olunmama düşüncesinin etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Bu sonuçlarla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Çetinkaya ve ark., 2013; Çiçek Gümüş ve Güngörmüş, 2020; Delican ve ark., 2019); ayrıca bu yöneltide ASM'de kendisiyle ilgilenilmemesi, aile hekiminin bilgi düzeyini yetersiz algılama gibi nedenlerin de etkili olduğu görülmektedir. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda; teknoloji ve tanı alt yapısını güçlendirme, hekim ve hemşireleri daha yetkin kılma ve toplum tarafından tanınırlığını artırarak toplumun güvenini kazanma yoluyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine gereksinim olduğu belirtilmektedir.

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre kalp damar hastalıkları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu incelendiğinde eğitim durumu ilkököl ve altı olanlar ve en uzun süre yaşananlar yer köy/kasaba olarak belirtenlerin ASM kullanma oranı anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 2). Kır/kent farklılıkları, sosyal yapılar, sağlık hizmetlerinin kullanımını önemli ölçüde etkilemektedir (Kılıç ve Çalışkan, 2013). Katılımcılardan il/ilçede yaşayanlar kalp damar sağlık sorununun ASM'lerce çözümleneceğine inanmamakta ve birinci basamağı atlayarak daha kapsamlı sağlık kurumlarında tedavi olmak istemektedir.

Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre genel sağlık sorunları için birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu incelendiğinde; sadece en uzun süre köy/kasabada yaşayanların sonuçları anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 3). Bunun tersini gösteren araştırma sonuçları olmasına karşın (Ayraller ve ark., 2018), Türkiye'de aile hekimliği birimi başına düşen nüfus ortalamasının 3.124 olduğu (Bora Başaran ve ark., 2019) düşünüldüğünde, il/ilçede yaşayan bireylerin üst basamak sağlık kurumları için nasıl bir yük haline geldiği öngörülebilir. Çalışmada, bireylerin kalp damar hastalık özellikleri ve süresi ile birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumu arasında anlamsız fark bulunmakla ( $p>0,05$ ) birlikte, kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların artan sayısının, birinci basamakta KDH ile mücadelenin etkin olamadığının bir göstergesi olduğu üzerinde durulmaktadır (Atıla, Dalgıç ve Öztürk Kılıç, 2019)

## Sonuç ve Öneriler

Kalp damar hastalıkları yaşamı tehdit eden, neredeyse tüm ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olan ve bunların yanında sağlık hizmetinin sunulduğu tüm basamaklarda ülkelerin sağlık harcamalarında artışa yol açan, bulaşıcı olmayan kronik bir hastalık olarak ele alınmaktadır (Timmis ve ark. 2020). Bireylerin kalp damar hastalıklarında daha iyi sağlık sonuçları elde etmesi, halk sağlığı hizmetlerinin iyileşmesi ve temel sağlık hizmetleri sistemlerinin güçlendirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alan aile hekimliği uygulamasına daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.

Türkiye'de aile hekimliği gündemde olan ve tüm ülkeye yaygınlaştırılmış olan ancak az sayıda çalışmanın yapıldığı bir alanı oluşturmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda ve var olan yayınlar doğrultusunda aile hekimliği uygulamasının kronik hastalık yönetiminde hak ettiği ve olması gereken rolüne kavuşmadığı söylenebilir. Birinci basamakta, özellikle kent merkezlerinde yaşayan kronik hastalığa sahip bireylere ev ziyaretleri yapılması, danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi ve sevk sisteminin daha etkin olarak uygulamaya geçirilmesiyle, ikinci ve üçüncü basamaktaki yığılmaların önüne geçilebileceği belirtilmektedir. Birinci basamakta da KDH yönetiminin hekim ve hemşire yönüyle güçlendirilmesinin, erken tanı, ilaç uyumu ve yaşam biçimi davranışlarında değişimle sonuçlanacağı göz önünde bulundurulduğunda, toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımının daha fazla desteklenmesi gerekmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Selçuk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2017/06 kayıt numarasıyla etik kurul onayı alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Katılımcılardan sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Ethics Committee Approval:** Ethics committee approval was obtained from Selçuk University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee with the registration number 2017/06.

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Verbal informed consent was obtained from the participants.



## Kaynaklar

- Akalın, E., Durusu Tannöver, M. & Sayran, F. (2012). *Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü*. İstanbul, Türkiye:Sis Matbaa.
- Akçer, M. E. (2017). *Hekimlerin egzersiz reçetelendirmesi hakkındaki bilgi ve tutumlarını ölçme* (Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Akman, M. (2012). Aile hekimliği ve sağlıkta dönüşüm programı. Y. I. Ülman ve F. Artvinli (Ed.), *Değişen Dünyada Biyoetik* içinde (18. bs., ss. 113–116). İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını.
- Akman, M., Gürpınar, B., Karaeminoğulları, E. B., Sarzep, O. & Özen, Y. E. (2019). Tuzla Aydınllı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı nüfusun sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ilişkin gereksinimleri. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(2), 62–77. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00262>
- Alpar, R. (2016). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve güvenirlilik-geçerlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Arslanhan, S. (2010). Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor. *TEPAV Politika Notu, Ankara*, retrieved on. 12 Aralık 2016 tarihinde [https://www.tepav.org.tr/upload/files/1284627104-1.Muayene\\_sayisindaki\\_artis\\_anlamli\\_bir\\_erisim\\_artisini\\_mi\\_ifade\\_eyiyor.pdf](https://www.tepav.org.tr/upload/files/1284627104-1.Muayene_sayisindaki_artis_anlamli_bir_erisim_artisini_mi_ifade_eyiyor.pdf) adresinden erişildi.
- Atila, D., Dalğıç, O. & Öztürk Kılıç, Y. (2019). Hypertension and obesity in cardiology outpatients: A cross-sectional study. *Family Practice and Palliative Care*, 4(2), 51–56. <https://doi.org/10.22391/fppc.483544>
- Aycan, S., Özkan, S., Avcı, E., Özdemirkan, T. & Çivil, E. F. (2012). Ankara il merkezinde bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran onsekiz yaş üstü kişilerin aile hekimliği uygulamasına ilişkin bilgi, tutum ve memnuniyet değerlendirmesi. *Toplum ve Hekim*, 27(6), 449–455.
- Ayraler, A., Akan, H. & Hayran, O. (2018). Aile sağlığı merkezlerine başvuran erişkin hastaların kardiyovasküler risklere öneri, eğitim/danışmanlık alma durumları ve önerilere uyumlarının değerlendirilmesi: Çok merkezli kesitsel bir çalışma. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(4), 304–312. <https://doi.org/10.16899/gopctd.468791>
- Bora Başara, B., Güler, C., Soyututan, İ., Aygün, A. & Özdemir, T. A. (2016). *Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2016*.
- Bora Başara, B., Soyututan Çağlar, İ., Aygün, A. & Özdemir, T.A. (2019). *Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019*.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G. & Aiken, L.S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences (3rd edition)*. Mahwah, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z. & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 417–424. doi:10.5455/pmb 1-1339159354
- Çiçek Gümüş, E. & Güngörmüş, Z. (2020). İkinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 119–126. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.591226>
- Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z., Yücel, U., Özdemir, R., Türk, M. & Taner, Ş. (2013). *Aile hekimliği birinci basamak ortamını nasıl dönüştürdü*. (Z. Öcek ve M. Çiçeklioğlu, Ed.) *TTB Yayınları* (1.Baskı.). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınlar.
- Dağıstan, A. & Gözüm, S. (2016). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 575–582. doi:10.5455/pmb.1-1453887275
- Delican, O., Yapakçı, A., Yılmaz, E., Altun, A., Kesen, C. H. & Atal, S. S. (2019). Ailelerin aile hekimliğinden hizmet alımı ve memnuniyeti. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(1), 22–38. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.19.00118>
- Deniz, M. (2018). Uşak şehrinde aile sağlığı merkezlerine erişilebilirliğin CBS ile analizi. *Electronic Turkish Studies*, 13(26), 475–491. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.14404>

- DSÖ. (2018). Noncommunicable diseases. 11 Kasım 2019 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> adresinden erişildi.
- DSÖ. (2019). Noncommunicable diseases and air pollution. 17 Kasım 2019 tarihinde <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/air-quality/publications/2019/noncommunicable-diseases-and-air-pollution-2019> adresinden erişildi.
- Fidan, C. & Kut, A. (2017). Kalp damar ve solunum sistemi tarama önerileri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 15–21.
- Güldal, D., Yıldırım, E., Kuruoğlu, E., Günvar, T. & Mevsim, V. (2012). Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(3), 107–112.
- Güven, E. A. & Aycan, S. (2018). Ankara'da bir üniversite hastanesine başvuranların mevcut aile hekimliği sistemi ve sevk uygulaması hakkında düşünceleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 25–36.
- İlhan, M., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N. & Özkan, S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: Sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33–41.
- Kılıç, D. & Çalışkan, Z. (2013). Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 2(2), 192–206.
- Kılıç, M. (2013a). Yozgat il merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin sağlık durumu ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 41–51.
- Kılıç, M. (2013b). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda hipertansiyon prevalansı, farkındalığı, kontrolü ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 79–86.
- Kılıçkap, M., Barçın, C., Göksülük, H., Karaaslan, S. D. D., Özer, N., Kayıkçioğlu, M., ... Arıcı, M. (2018). Türkiye'de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 46(7), 525–545.
- Kulak, E., Berber, B., Temel, H., Kutluay, S. N., Yıldırım, M., Dedeoğlu, F. N., ... Save, D. (2019). Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1). <https://doi.org/10.15511/tahd.19.00120>
- Lemeshow, S., Hosmer, J. D., Klar, J. & Lwanga, S. (2000). *Under the title adequacy of sample size in health studies by World Health Organization (translated: S. Oğuz Kayaalp)*. Hacettepe Taş, Ankara. (1.baskı.). s.112.
- Nakip, M. & Özçiftçi, V. (2015). Sağlık hizmetlerinde ilişki pazarlaması ve hasta memnuniyeti: Aksaray aile sağlığı merkezlerinde uygulama. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (46), 1–20.
- Özilice, Ö., Uçku, R. & Akdede, B. B. (2017). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuranların birinci basamak kullanım durumları ve etkileyen etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(2), 63–69.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. *19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazete*. 3 Eylül 2019 tarihinde <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik-yayimlanmistir.html> adresinden erişildi.
- Tetik Kayhan, B., Tekinemre Gedik, Işıl, Gül, H. G., Mete, B., Hassanlı, S. & Alhuraibi, W. (2018). Evaluation of multiple drug using status by sociodemographic characteristics of individuals with chronic disease. *The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 12(1), 13–18. <https://doi.org/10.21763/tjfm.399950>
- Timmis, A., Townsend, N., Gale, C.P., Torbica, A., Lettino, M., Petersen, ... Vardas, P., (2020). European Society of Cardiology: Cardiovascular disease statistics 2019. *European Heart Journal*, 41(1), 12–85. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz859>
- Tuna Erdem, G., Akpınar, E. & Saatçi, E. (2006). Bir üniversite hastanesine başvuruları etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(3), 103–107.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TUİK], 2018. *TUİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri*. Erişim tarihi: 09.10.2019. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>