



# Life and Medical Sciences

## Romatizmal Hastalık Tanısı Almış Bireylerin Tanı, Tedavi ve Takip Sürecinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanımı

### Utilization Rate of Primary Health Services in the Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Patients Diagnosed with Rheumatic Disease

Arda POLAT<sup>1</sup> [ID], Tuğba YILMAZ<sup>1</sup> [ID], Oktay SARI<sup>1</sup> [ID]

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
[Department of Family Medicine, Gulhane Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Ankara, Türkiye]

**Article Info:** Received; 07.06.2023. Accepted; 06.07.2023. Published; 08.07.2023.

**Correspondence:** Oktay Sarı; Prof., Department of Family Medicine, Gulhane Training and Research Hospital, University of Health Sciences, Ankara, Türkiye. E-mail: [oktay.sari@sbu.edu.tr](mailto:oktay.sari@sbu.edu.tr)

**Cite as:** Polat A, Yılmaz T, Sarı O. Utilization Rate of Primary Health Services in the Diagnosis, Treatment, and Follow-Up of Patients Diagnosed with Rheumatic Disease. Life Med Sci 2023; 2(3): 106-116.

#### Özet

Bu çalışmada romatizmal hastalık tanısı almış bireylerin tanı, tedavi ve takip sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla 350 hastaya araştırmacıların hazırlamış olduğu 26 soruluk ankette yer alan ve hastaların demografik bilgileri, romatolojik hastalıklarına tanı konma sürecinde ve sonrasında birinci basamağı tercih etme durumlarıyla ilgili sorular sorulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması  $48.67 \pm 13.26$  olup, %73.7'si (n=258) kadın idi. Hastalar ortalama  $6.74 \pm 6.07$  yıl önce romatizmal hastalık tanısı almışlardı. Hekime müracaatta ilk şikayet en sık %79.7 ile eklem ağrısıydı. Hastaların %22'si (n=77) ilk olarak dahiliye polikliniğine başvurmuştu. Aile hekimine ilk başvuru oranı %12.3'tü (n=43) ve bu hastaların %55.8'i (n=24) tanı için üst basamağa sevk edilmişti. Hastaların %69.1'i (n=242) üçüncü basamak sağlık kuruluşunda tanı almıştı. Analiz sonuçlarına göre hastaların %47.7'sinin tanılı oldukları romatizmal hastalıkları için aile hekiminden reçete yazdırdığı, ancak sadece %6'sının (n=21) romatizmal hastalık için birinci basamakta aile hekimine kontrollere gittiği görüldü. Çalışmamızda hastaların birinci basamaktan hizmet alım oranı romatizmal hastalık belirtileri ilk başladığında ve tanı aldıktan sonraki süreçte de sadece raporlu ilaç yazımıyla ilgili yüksektir. Takip amaçlı birinci basamağı tercih etme eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Hastalığın tüm süreçlerine katkı sağlamak hastanelerin iş yükünü azaltacak ve maliyet etkin bir yaklaşıma katkı sağlayacaktır. Bunun için hastaların birinci basamağa yönelik olumsuz algılarını ortadan kaldıracak faktörler gözden geçirilerek hastaların birinci basamağı tercih etme oranları artırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Romatolojik hastalık, Birinci basamak, Aile hekimi.

#### Abstract

In this study, we aimed to investigate the utilization of primary health care in the diagnosis, treatment and follow-up of patients diagnosed with rheumatic disease. For this purpose, 350 patients with rheumatic disease were included in the survey and 26-question about the demographic information of the patients, utilization of primary health care during and afterwards the diagnosis process of the disease. The mean age of the participants was  $48.67 \pm 13.26$ , and 73.7% (n=258) of them were female. The patients were diagnosed with rheumatic disease an average of  $6.74 \pm 6.07$  years ago. Joint pain was the most common complaint with

a rate of 79.7%. 22% (n=77) of the patients were referred to first internal medicine outpatient department. First admission rate to a family physician was 12.3% (n=43) and 55.8% (n=24) of these patients were referred to higher care for diagnosis. 69.1% (n=242) of the patients were diagnosed in a tertiary healthcare institution. According to the analysis results, 47.7% of the patients had a prescription from their family physician for their rheumatic diseases, but only 6% (n=21) went to their primary care physician for check-ups for their rheumatic diseases. In our study, the rate of use of primary care services was high when patients' rheumatic disease symptoms first begin and were only prescribed prescription drugs after diagnosis. The tendency to prefer primary care for follow-up was low. Contributing to all processes of the rheumatic disease will reduce the workload of hospitals and contribute to a cost-effective approach. For this, the factors that will eliminate the negative perceptions of patients towards primary care can be reviewed and the rate of patients' preference for primary care can be increased.

**Keywords:** Rheumatological disease, Primary care, Family physician.

## Giriş

Kronik hastalıklar, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve sağlık sistemlerine maliyetleri nedeniyle, gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan tıbbi zorluklar arasında öne çıkmaktadır [1]. Romatizmal hastalıklar, diğer sık karşılaşılan kronik hastalıklardaki yüksek mortalite oranlarına kıyasla bir bütün olarak iyi huylu hastalıklar olarak kabul edilmelerine ve daha düşük ölüm oranlarına sahip oldukları algısına rağmen, toplumun tüm kesimini etkileyen, yaygın, daha kötü yaşam kalitesi sergileyen, büyük bir sakatlık yükü ve ciddi komplikasyonları olan kronik hastalıklardır.

Romatizmal hastalık şikayetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinde ağır bir yük oluşturur ve tüm hastalıkların yarısından fazlasını oluşturan uzun süreli işe devamsızlığının en yaygın tıbbi nedenleridir [2,3]. Sosyal etkileri kapsamında, romatizmal hastalıklara yönelik etkili önleme, tedavi ve takibe ait özgün araştırma ihtiyacı göze çarpmaktadır [4].

Ortaya çıkan bu tabloda en temel sorunlardan biri de romatizmal hastalıklara yönelik tanı gecikmesidir. Örneğin, romatoid artritli (RA) hastalarda semptomların başlangıcından itibaren bildirilen gecikme sürelerinin gözden geçirildiği bir çalışmada (12 çalışma, 5512 hasta) tanı gecikme süresinin ağırlıklı ortalaması 11.79 ay (aralık 3.6-24.0 ay) olarak bulunmuştur [5]. Araştırma bu soruna en makul çözüm olarak romatoloji ve birinci basamak hekimlerinin koordineli çalışmasını göstermektedir [5]. Bir diğer romatizmal hastalık grubu olan spondiloartritli hastalarda tanı gecikmesine ait tablonun ise daha büyük boyutlarda olduğu gözlemlenmiştir. Eksenel spondiloartritli 1193 hastayı (ankilozan

spondilitli 800 hasta dahil olmak üzere) kapsayan bir çalışmada ortalama gecikme süresi 8.53 yıl (%95 GA, 8.02-9.05) ve medyan gecikme 5.0 yıl olarak bulunmuştur. Genel olarak hastaların %30.3'üne (n=361) semptomların başlamasından sonraki 2 yıl içerisinde, %21.0'ına 3-5 yılda, %19.9'una 6-10 yılda, %19.2'si 11-20 yıl sonra ve %9.6'sına ise 20 yıl sonra teşhis konulmuştur. Bu çalışmada da araştırmacılar tanı gecikmesinin önemine vurgu yaparak sorunu ele almak için sağlık profesyonellerinin daha fazla hedefe yönelik eğitimine ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir [6].

Romatizmal hastalıklarda erken tanı, daha yüksek tedavi yanıtı ve remisyon oranları ve daha az radyografik ilerleme gibi pozitif klinik sonuçlarla ilişkilidir. Dolayısı ile daha iyi yaşam kalitesi ve daha düşük üretkenlik gibi hastalar tarafından bildirilen sonuçları önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir [7].

Birinci basamak klinisyenleri tipik olarak kas-iskelet sistemine ait sorunları olan hastalar için ilk temas noktası olduğundan, romatoid artrit gibi inflamatuvar artritli olan hastaların erken tanı ve tedavisinde çok önemli ve anahtar role sahip bir konumdadırlar [8]. Teşhislerine bağlı olan kararlar ve müdahaleler; sevkleri, teşhis testlerini, tedavileri ve tavsiye sağlanmasını içerir [8]. İlk yönetim, hastalardaki kaygı düzeyini ve hastalığın mali yükünü önemli ölçüde etkilemektedir [8,9]. Birinci basamak, romatizmal rahatsızlıkları olan hastalar açısından her ne kadar kritik öneme sahip olsa da erken tanı zorluğuna sebep olan faktörler yanında romatizmal hastalıkların bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, hastaların takip ve tedavilerinin etkin bir şekilde yapılmasıyla ilgili mevcut sorunlar göz ardı edilmemelidir [10].

Birinci basamak hekimlerinin romatolojik hastalıklarla ilgili farkındalığının artırılması, eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve hastaların üst basamaklarla koordinasyonunun sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi hastalık süreciyle ilgili tüm aşamalarda ortaya çıkması olası tüm sorunların çözümüne katkı sağlayacaktır.

Çalışmamızda romatizmal hastalık tanılı olguların, hastalıklarından kaynaklı bulgularının ilk ortaya çıkışından günümüze kadarki süreçte, romatolojik hastalıklarıyla alakalı birinci basamak sağlık hizmetlerinden ne ölçüde yararlandıklarını öğrenmek amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Çalışma protokolü için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.06.2022 tarihli ve 2022/07 numaralı kurul toplantısında 2022/233 karar numarası ile onay alınmıştır.

#### *Çalışma grubu*

Kesitsel olarak planlanan çalışmamızın örneklemini, SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğine gelen ve önceden romatizmal hastalık tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçme yoluna gidilmemiş, çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan tüm hastalara ulaşmak hedeflenmiştir. Bahse konu polikliniklerde takip edilen ve daha önce herhangi bir romatolojik hastalık için tanı almış, gönüllü olarak çalışmaya katılmak isteyen ve formları eksiksiz dolduran hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler 15.07.2022 - 15.10.2022 tarihleri arasında, hastanemiz romatoloji polikliniğine müracaat eden romatolojik hastalık tanısı olan ve gönüllü olan bireylere uygulanan anket yöntemi ile elde edilmiştir.

#### *Anket araştırması tasarımı*

Çalışma hakkında yapılan bilgilendirme sonrasında araştırmaya dahil olmayı onaylayan ve onam formunu dolduran 18 yaş üstü hastalara, konu ile ilgili literatür bilgileri değerlendirilerek araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve ilişkili tıbbi öykülerini sorgulayan ve 26 sorudan oluşan yapılandırılmış bir anket formu yüz yüze sorularak doldurulmuştur.

Anket formunda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, gelir durumunu belirten tanımlayıcı veriler yer almaktadır. Ayrıca bilinen romatizmal hastalık tanısı, aile öyküsü, romatizmal hastalığı başladığında hekime geldiğindeki ilk şikayetleri, ilk hangi branşın doktoruna başvurduğu, aile hekimine başvurmuş ise aile hekiminin bir sonraki adımı, şikayetlerinin başlama yaşı, romatizmal hastalık tanısının konma zamanı, kaçınıcı basamak sağlık kuruluşunda tanı aldığı, bilinen kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, ilaç kullanım düzeni gibi hastalıklarıyla ilgili klinik verilerden oluşan sorular bulunmaktadır.

Ayrıca hastalara, birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanıp kullanmama nedenlerine yönelik 6 sorudan oluşan ve araştırmacıların hazırladığı çoktan seçmeli bir anket uygulanmıştır. İlgili tabloda görüldüğü üzere bu ankette 7. bir soru bulunmaktadır. Bu soru nedene yönelik cevap içermediği için analiz 6 soru üzerinden yapılmıştır. Hastaların işaretlediği cevaplara göre "Kesinlikle katılmıyorum" 1 puan, "Kesinlikle katılıyorum" 5 puan kabul edilerek 1'den 5'e kadar puanlandırılmıştır. İlk 3 soru aile hekimliğine müracaat etmeme nedenlerini, son 3 soru ise 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerini irdelemektedir.

#### *İstatistiksel analiz*

Tanımlayıcı istatistiksel verilerin analizinde; sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma, kesikli veriler ise sayı ve % biçiminde ifade edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 24.0 paket programından yararlanılmıştır.

Çalışmada hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının nedenlerine yönelik ölçeğin puanları hesaplanarak, normal dağılıma uygunluğun tespiti için basıklık ve çarpıklık katsayıları değerlendirilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri +3 ile -3 aralığında ise normal dağılıma uyduğu kabul edilmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik test analizleri kullanılmıştır. Ölçek puanının tanımlayıcı özelliklere göre farklılığını ortaya koymak için t testi ve ANOVA testinden yararlanılmıştır. 2 gruplu değişkenlerin analizinde T testi, ikiden fazla grup olduğunda ise ANOVA testi karşılaştırmaların incelemesinde kullanılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için açıklayıcı faktör analizine bakılmış ve ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını anlamada KMO (Kaiser-Meyer-Olkin İstatistiği) ve Bartlett testlerinden istifade edilmiştir. Ölçeğin güvenirlik düzeyini saptamada yararlanılan test ise Cronbach's alfa katsayısıdır. İstatistiksel yönden sonuçların  $p<0.05$  olarak çıkması anlamlılığı göstermektedir.

## Bulgular

Çalışmamıza, yaş ortalaması  $48.67\pm 13.26$  olarak saptanan 18-86 yaş aralığında 350 gönüllü

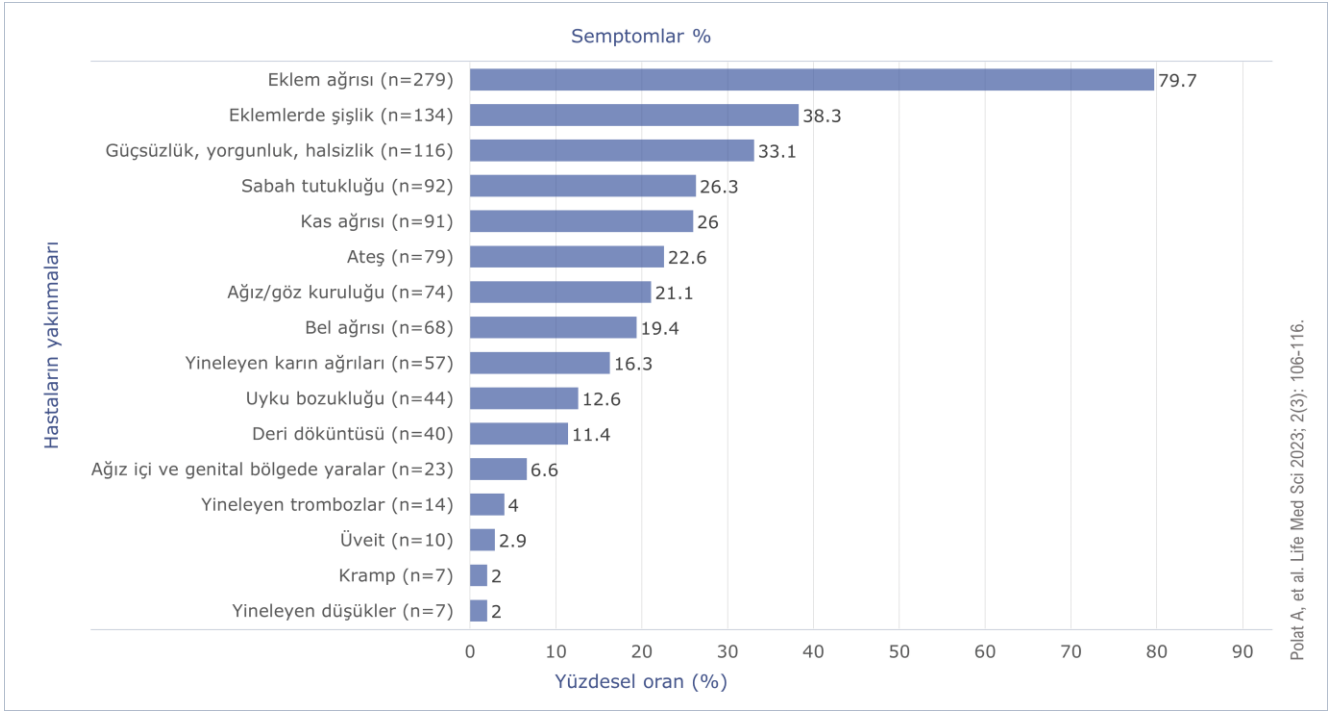
dahil edilmiştir. Katılımcıların %73.7'si ( $n=258$ ) kadın hastalardı. Çalışma grubunu oluşturan tüm hastaların %33.1'i ( $n=116$ ) 45-54 yaş aralığında, %20.3'ü ( $n=71$ ) 35-44 yaş aralığındadır. Eğitim durumu açısından hastaların %39.1'i ( $n=137$ ) üniversite mezunu iken, %10'u ( $n=35$ ) ilköğretim mezunuydu. Katılımcıların %76.9'u ( $n=269$ ) evli; %17.7'si ( $n=62$ ) de bekarıdır. Gelir durumlarına bakıldığında, katılımcıların %46'sının ( $n=161$ ) gelirinin gidere eşit olduğu, %20.9'unun ( $n=73$ ) gelirinin giderinden fazla olduğu gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların sosyodemografik değişkenlere göre sayısal ve yüzdesel dağılımı.

Değişkenler		n	%
Yaş	18-24 arası	17	4.9
	25-34 arası	38	10.9
	35-44 arası	71	20.3
	45-54 arası	116	33.1
	55-64 arası	65	18.6
	65 ve üstü	43	12.3
Cinsiyet	Kadın	258	73.7
	Erkek	92	26.3
Eğitim durumu	İlköğretim	35	10.0
	Ortaöğretim	65	18.6
	Lise	113	32.3
	Üniversite	137	39.1
Medeni durumu	Evli	269	76.9
	Bekar	62	17.7
	Boşanmış/dul	19	5.4
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	73	20.9
	Gelir gidere eşit	161	46.0
	Gelir gelirden az	116	33.1

Hastalar ortalama  $6.74\pm 6.07$  yıl önce romatizmal hastalık tanısı almışlardır. Hastaların hekime müracaatlarındaki ilk şikayetlerinde en sık karşımıza çıkan yakınma %79.7 ( $n=279$ ) eklem ağrısıydı. Bu yakınmayı sırasıyla, eklemlerde şişlik (%38.3), güçsüzlük, yorgunluk, halsizlik (%33.1), sabah tutukluğu (%26.3) ve kas ağrısı (%26) takip etmektedir (**Şekil 1**). Çalışmamız verilerine göre, hastaların %22'si ( $n=77$ ) ilk olarak dahiliye polikliniğine başvurmuştu. Aile hekimlerine başvuran hastaların oranı ise %12.3'tü ( $n=43$ ).

İlk başvurduğu doktor aile hekimi olan hastaların %55.8'i ( $n=24$ ) bir üst basamağa sevk edilmişti, aile hekimliğine başvuran hastaların %44.2'si ( $n=19$ ) için ilaç reçetesi düzenlenmişti. Ayrıca hastaların diğer branşlara hiç konsülte edilmediği görüldü. Hastaların %69.1'inin ( $n=242$ ) üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda tanı almış olduğu, %33.4'ünün ( $n=117$ ) ise ek bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Hastaların tamamının sürekli kullandığı bir ilaç olduğu görüldü. Diğer verilere ait detaylar **Tablo 2**'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Hastaların ilk şikayetlerine yönelik dağılımı.

Tablo 2. Hastaların hastalıklarına yönelik sağlık hizmeti alımındaki yaklaşımları.

Değişkenler	n	%	
İlk hangi doktora başvurduunuz?	Dahiliye	77	22.0
	Fiziksel tedavi ve rehabilitasyon	76	21.7
	Romatoloji	65	18.6
	Aile Hekimi	43	12.3
	Ortopedi ve travmatoloji	21	6.0
	Diğer	68	19.4
İlk başvurduğunuz doktor aile hekimi ise hastalık tanınız için bir sonraki adımı ne oldu? (eğer ilk önce aile hekimine başvurmadıysanız lütfen bu soruyu boş bırakınız.)	İlaç reçetesi düzenledi	19	44.2
	Üst basamağa sevk etti	24	55.8
	Diğer branşlara konsülte etti	-	-
Kaçınıcı basamak sağlık kuruluşunda tanı aldınız?	Birinci basamak	15	4.3
	İkinci basamak	93	26.6
	Üçüncü basamak	242	69.1
Başka bir kronik hastalığınız var mı?	Evet	117	33.4
	Hayır	233	66.6
Sürekli kullandığınız ilaç var mı?	Evet	350	100
	Hayır	-	-
İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	Evet	347	99.1
	Hayır	3	0.9
Takiplerinizi düzenli yapıyor musunuz?	Evet	299	85.4
	Hayır	51	14.6
Bu romatizmal hastalığınız için birinci basamakta aile hekiminize kontrollere gidiyor musunuz?	Evet	21	6.0
	Hayır	329	94.0
Bu romatizmal hastalığınız için aile hekiminizden reçete alıyor musunuz?	Evet	167	47.7
	Hayır	183	52.3
Diğer kronik hastalıklarınız için aile hekimine gidiyor musunuz?	Evet	122	34.9
	Hayır	228	65.1
Aile hekiminize ne sıklıkta gidirsiniz?	Nadiren	109	31.1
	Ayda bir	17	4.9
	2 ayda bir	94	26.9
	3 Ayda bir	120	34.3
	6 Ayda bir	10	2.9
Diğer kronik hastalıklarınız için aile hekiminiz tedavi amaçlı ilaç yazdı mı?	Evet	235	67.1
	Hayır	115	32.9

Veriler ışığında birinci basamağa gitmeme nedenlerine yönelik dağılım incelendiğinde "Birinci basamak hekimleri yeterli düzeyde ilgi göstermiyor" ve "Hastanede daha çok ilgi gösteriliyor" maddeleri için hastaların önemli bir bölümünün kararsız kaldığı gözlemlendi. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde kullanılmamasının nedenleri açısından hastaların çoğunluğunun (sırasıyla %32 ve 38); "Aile sağlığı

merkezlerinin hastalığım konusunda imkanları yeterli değil" ve "Hastalığım konusunda birinci basamak hekimini tecrübe olarak yeterli görmüyorum" maddelerine katıldığı gözlemlendi. Hastaların %30.0-45.1'i "Hastanede daha iyi hizmet alacağımı düşünüyorum", "Hastanede sağlık hizmetine ulaşmak daha kolay" ve "Bir sebebi yok, baştan beri böyle alışmışım" maddelerine kesinlikle katıldığını belirtti (Tablo 3).

**Tablo 3.** Birinci basamağa gitmeme nedenlerine yönelik dağılım.

Birinci Basamağa Gitmeme Nedenlerine	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile sağlığı merkezlerinin hastalığım konusunda imkanları yeterli değil.	35	10.0	41	11.7	35	10.0	133	38.0	106	30.3
Hastanede daha iyi hizmet alacağımı düşünüyorum.	23	6.6	23	6.6	32	9.1	128	36.6	144	41.1
Hastalığım konusunda birinci basamak hekimini tecrübe olarak yeterli görmüyorum.	50	14.3	60	17.1	65	18.6	112	32.0	63	18.0
Birinci basamak hekimleri yeterli düzeyde ilgi göstermiyor.	77	22.0	93	26.6	109	31.1	44	12.6	27	7.7
Hastanede daha çok ilgi gösteriliyor	47	13.4	57	16.3	105	30.0	68	19.4	73	20.9
Hastanede sağlık hizmetine ulaşmak daha kolay.	38	10.9	43	12.3	69	19.7	92	26.3	108	30.9
Bir sebebi yok, baştan beri böyle alışmışım.	14	4.0	16	4.6	29	8.3	133	38.0	158	45.1

Birinci Basamak sağlık hizmetlerini tercih edip etmeme nedenlerine ait faktör analizinde kullanılan KMO değeri 0.738 olarak tespit edilmiştir.  $KMO > 0.500$  çıktığı için örneklem sayısının faktör analizi için uygunluğuna karar verilmiştir. Bartlett testinde ise  $X^2 = 713.14$  olarak hesaplanmış ve bu değer istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Normal dağılım şartı sağlandığı için KMO ve Bartlett testinin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin iki faktörlü yapı gösterdiğine karar verilerek, iki faktörlü yapıda soruların faktörlere dağılımının belirlenmesi için analiz işlemi yapılmış ve birinci basamağa gitmemeye yönelik faktörün toplam varyansı açıklama yüzdesi %50.586, Cronbach's alfa katsayısı ise 0.769 olarak hesaplanmıştır. Birinci basamağa gitmemede etkili faktör boyutu birinci basamağın tercih edilmeme sebeplerini temsil etmektedir. Faktör yükleri 0.648 ile 0.892 arasında değişen 3 sorudan oluşmaktadır. Sağlık hizmeti alımı için

hastanelerin tercih edilme sebeplerine yönelik faktörün toplam varyansı açıklama oranı %18.106 ve Cronbach's alfa katsayısı 0.744 olarak hesaplanmış olup, faktör yükleri 0.753 ile 0.837 arasında değişen 3 sorudan oluşmaktadır (Tablo 4). Analiz sonuçlarına göre birinci basamağa gitmemede etkili birinci faktör boyutunun ortalaması  $3.63 \pm 1.04$  (minimum-maksimum: 1-5) olarak elde edilirken 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmede etkili ikinci faktör boyutunun ortalaması  $3.10 \pm 1.04$  (minimum-maksimum: 1-5) olarak elde edilmiştir. Birinci basamağa gitmemede etkili birinci faktör boyutunun demografik özellikler bakımından farklılığının analizine göre "yaş, eğitim durumu, ilave kronik hastalık mevcudiyeti, kontrollerini birinci basamakta yaptırma ve birinci basamağa müracaat sıklığı" romatizmal hastalıkları için birinci basamağa gitmemede etkili faktör boyutuyla istatistiksel olarak aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Ortalama

puanlara göre 35-44 yaşlarında olanların, 65 yaşından büyük olanlara göre ( $p<0.001$ ); ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların, ortaöğretim seviyesinde eğitime sahip katılımcılara göre ( $p=0.035$ ); başka bir kronik hastalığı olmayanların, olanlara göre ( $p<0.001$ );

kontrollerini birinci basamakta yaptırmayanların, kontrollere gidenlere göre ( $p<0.001$ ) ve birinci basamağa müracaat sıklığı açısından nadiren gidenlerin, 2 ayda bir kere gidenlere göre ( $p<0.001$ ) daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmiştir.

**Tablo 4.** Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanıp kullanmama nedenlerine ait faktör analizi.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanıp kullanmama nedenleri	Boyut 1	Boyut 2	Açıklanan varyans	Cronbach's alpha
Aile sağlığı merkezlerinin hastalığı konusunda imkanları yeterli değil.	0.892		50.586	0.769
Hastanede daha iyi hizmet alacağımı düşünüyorum.	0.836			
Hastalığı konusunda birinci basamak hekimini tecrübe olarak yeterli görmüyorum.	0.648			
Hastanede daha çok ilgi gösteriliyor.		0.837	18.106	0.744
Birinci basamak hekimleri yeterli düzeyde ilgi göstermiyor.		0.763		
Hastanede sağlık hizmetine ulaşmak daha kolay.		0.753		

**Tablo 5.** Birinci basamağa gitmemede etkili birinci faktör boyutunun demografik özellikler bakımından farklılık gösterme analizi.

Birinci basamağa gitmemede etkili faktör boyutu		Faktör boyutu 1	Karşılaştırma testi		Faktör boyutu 2	Karşılaştırma testi	
		ortalama±SS	Test sonucu	p	ortalama±SS	Test sonucu	p
Yaş	18-24 arası	3.75±0.75	4.735 <sub>a</sub>	<0.001*	2.86±0.96	2.999 <sub>a</sub>	0.012*
	25-34 arası	3.43±1.15			2.88±1.13		
	35-44 arası	3.77±1.04			3.16±0.97		
	45-54 arası	3.76±0.99			3.20±0.98		
	55-64 arası	3.75±0.99			3.33±1.03		
	65 ve üstü	2.98±1.06			2.67±1.12		
Cinsiyet	Erkek	3.67±1.04	0.496 <sub>b</sub>	0.620	3.18±1.09	0.934 <sub>b</sub>	0.351
	Kadın	3.61±1.05			3.07±1.02		
Eğitim Durumu	İlköğretim	4.07±0.74	2.893 <sub>a</sub>	0.035*	3.50±1.13	2.003 <sub>a</sub>	0.113
	Ortaöğretim	3.48±1.07			3.07±1.01		
	Lise	3.53±1.06			3.09±1.06		
	Üniversite	3.66±1.06			3.02±0.99		
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	3.70±1.14	0.859 <sub>a</sub>	0.425	3.08±1.10	0.586 <sub>a</sub>	0.557
	Gelir gidere eşit	3.55±1.02			3.05±1.00		
	Gelir gelirden az	3.69±1.01			3.18±1.06		
Başka bir kronik hastalığınız var mı?	Hayır	3.79±0.95	3.918 <sub>b</sub>	<0.001*	3.33±1.04	6.672 <sub>b</sub>	<0.001*
	Evet	3.31±1.14			2.63±0.86		
Takiplerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?	Evet	3.62±1.07	-0.162 <sub>b</sub>	0.872	3.12±1.03	1.073 <sub>b</sub>	0.284
	Hayır	3.65±0.90			2.95±1.08		
Hastalığınız için 1. basamakta aile hekiminize kontrollere gidiyor musunuz?	Evet	2.19±0.92	-6.944 <sub>b</sub>	<0.001*	2.17±0.47	8.413 <sub>b</sub>	<0.001*
	Hayır	3.72±0.98			3.16±1.03		
Aile hekiminize ne sıklıkta gidersiniz?	Nadiren	4.21±0.49	18.726 <sub>a</sub>	<0.001*	3.71±0.83	19.919 <sub>a</sub>	<0.001*
	1 Ayda bir kere	3.49±1.21			2.37±0.73		
	2 Ayda bir kere	3.08±1.08			2.66±0.96		
	3 Ayda bir kere	3.53±1.12			2.97±1.02		
	6 Ayda bir kere	3.80±0.74			3.33±1.09		

a=ANOVA. b=t testi. \* $p<0.05$ . SS; standart sapma

Sağlık hizmeti alımı için hastanelerin tercih edilme sebeplerine yönelik ikinci faktör boyutunun demografik özellikler bakımından farklılık gösterme durumunun analiz sonuçlarında; yaş, ilave kronik hastalık mevcudiyeti, kontrollerini birinci basamakta yaptırma ve birinci basamağa müracaat sıklığı, romatizmal hastalıkları için ikinci ve/veya üçüncü basamağı tercih etmeye yönelik faktör boyutuyla istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Ortalama puanlara göre 55-64 yaşlarında olanların, 65 yaşından büyük olanlara göre ( $p=0.012$ ); başka bir kronik hastalığı olmayanların, olanlara göre ( $p<0.001$ ); kontrollerini birinci basamakta yaptırmayanların, kontrollere gidenlere göre ( $p<0.001$ ) ve birinci basamağa müracaat sıklığı açısından nadiren gidenlerin, ayda bir kere gidenlere göre ( $p<0.001$ ) daha yüksek puana sahip olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 5).

## Tartışma

Çalışmamıza ait en dikkat çeken bulgu semptomlar ilk ortaya çıktığında birinci basamak hekimine müracaat oranlarının %12.3 ile düşük çıkmasıdır. Literatürde, genel popülasyonda romatizmal hastalıkların prevalansına yönelik çalışmalar farklı oranlar bildirmektedir.

Kas-iskelet sistemi hastalıklarının tahmini prevalansı %2 ile %65 arasında geniş bir yelpazede değişmektedir [11]. Picavet ve Hazes tarafından Hollanda'da yürütülen bir çalışmada diz osteoartriti (erkeklerde %10.1, kadınlarda ise %13.6) en çok bildirilen kas-iskelet sistemi hastalıkları arasında yer alırken, RA oranları erkekler ve kadınlar için sırasıyla %1.6 ve %4.6 olarak bulunmuştu [11]. Bir başka çalışmada, 8740 kişinin katıldığı yetişkin bir popülasyonda romatizmal hastalıkların yaşa ve cinsiyete göre ayarlanmış genel prevalansı %26.9 olarak bulunmuş olup, kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla %33.7 ve %19.9 oranlarında saptanmıştır [12]. Çin'de yapılan 38 çalışmadaki 241.169 yetişkinin dahil edildiği bir analizde romatizmal şikayetlerin prevalansının %11.6 ila %46.4 arasında olduğu ve bu oranın çalışmanın yapıldığı bölgeye, çalışma protokolüne ve ankete katılan kişilerin yaşına göre değiştiği bulunmuştur [13].

Romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve komorbiditesi ile ilgili çalışmalar birçok yeni anlayışı da beraberinde getirmiştir. Hastalık insidansının ve prevalansının statik değil, dinamik olduğu ve hem genetik hem de çevresel faktörlerden etkilendiğini göstermiştir [14]. Çalışmalarda romatizmal hastalıkların farklı oranlarda bildirilmesinin; araştırma tasarım faktörleri ve yaş gibi çalışma popülasyonunun özellikleri, romatizmal hastalıkların prevalansına ilişkin araştırmaların özellikle hastanelerden elde edilen verilere dayalı olması ve hastalığı teşhis etmek için kullanılan vaka tanımlarındaki farklılıklar gibi faktörlerle ilişkilendirilmiştir [15].

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde romatizmal hastalıklara yönelik yaklaşımda hekimin temel tanı aracı klinik öykü ve fizik muayenedir. Romatizmal hastalıkların kesin tanısında yönelik ileri tetkiklerin yapılabilmesi için hastaların üst basamak sağlık merkezlerine sevki veya konsültasyonu gerekmektedir. Birinci basamak hekimlerinin romatizmal hastalıklara yönelik erken tanı ve dolayısıyla tedavisi, büyük ölçüde tanıyı göz önünde bulundurma ve ikinci basamak tedavinin başlatılması için hastayı bir uzmana sevk etme becerilerine bağlıdır [16]. Türkiye'de sevk zincirinin olmaması birinci basamakta tanı konulabilecek veya tanı konduktan sonra tedavi ve takiplerine birinci basamakta devam edilebilecek romatolojik hastaların doğrudan ikinci ve üçüncü basamağa başvurabilmelerine sebep olmaktadır. Bu durum da hastaların birinci basamağa uğramadan hastaneye gitmeleri ile sonuçlanmaktadır [17].

Kas-iskelet sistemi hastalıklarının birinci basamak müracaatlarında oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde %15-30 olarak bildirilmektedir [18]. Türkiye'de ortalama yaşam ömrü giderek artmakta olup, bu sebeple romatizmal hastalıklara erken dönemde tanı koymak gelecekte oluşabilecek komorbiditeleri önlemekte hayati öneme sahiptir. Birinci basamağa romatizmal hastalık tanısına yönelik yakınmalara sahip hastalar sık müracaat etmektedir.

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması 48.67 olarak belirlendi. Hasta yaşı ile birinci basamağa gitmemede etkili birinci ve ikinci faktör boyutları arasında anlamlı farklılık tespit



edilmiştir. 65 yaş üstü hastalar, hastanelere göre birinci basamağı daha sık kullanmaktadır. Çalışmanın Ankara'nın merkezinde yapılmış olması ve 2. ve 3. basamak hastanelere ulaşımın kolaylığı bu durumun nedeni olabilir. Nitekim yaş artışıyla beraber devlet hastanesini öncelikli olarak tercih etme olasılığının azaldığı Özkoç'un makalesinde de belirtilmiştir [19]. Ayrıca yaşlıların hastanelere ulaşımında zorlandıkları için gençlere nazaran ikametgahlarına en yakın aile sağlığı merkezi ve aile hekimlerinin evlere ulaştırdığı evde sağlık hizmeti sayesinde birinci basamaktan faydalanmayı tercih ettiklerini düşünmekteyiz [19].

Çalışmamıza katılan 350 hastanın %73.7'si kadındı. Avrupa verilerinde olduğu gibi Türkiye'de de kadınların ortalama yaşam süresi erkeklerden uzun olmakla birlikte, kadınlar sağlık hizmetlerini daha yaygın kullanmaktadır. Ayrıca çoğu otoimmün hastalıklarda olduğu gibi romatolojik hastalıklar da kadınlarda daha sık görülmektedir. Çalışmamızda cinsiyet ile birinci basamağa gitmeme nedenleri arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Öztekin ve ark.'nın çalışmasıyla sonuçlarımız uyumludur [20].

Çalışmamızda eğitim durumu ile birinci basamağa gitmemede etkili birinci faktör boyutu arasında istatistiksel olarak farklılık, anlamlı tespit edilmiştir. Elde edilen puanlara göre daha düşük eğitim seviyesine sahip olanlar birinci basamak imkanlarını ve aile hekimini yeterli bulmayıp üst basamak hastanelerde daha iyi hizmet alacağını düşünmekteydi. Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi hastaların eğitim düzeyi arttıkça birinci basamak hekimini ve aile sağlığı merkezlerini tanıma, imkan ve tecrübe olarak yeterli görme oranının arttığı görülmüştür [21].

Artralji, romatizmal hastalığın en sık görülen semptomudur [22], çalışmamızda da hastaların ilk başvuru şikayetlerinin yaklaşık %80'inde eklem ağrısının olduğu görülmüştür. Ayrıca; ekstremitelerde şişliği, "güçsüzlük, yorgunluk, halsizlik", sabah tutukluğu ve kas ağrısı da azalan sıklıkta belirtilen şikayetler olarak bulunmuştur. Gürsoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada, en sık konsültasyon istenme nedenleri olarak hastaların ilk başvuru şikayeti %53 ile eklem ağrısı olmuştur [23].

Romatizmal hastalık tanısı almış katılımcıların ilk kez hangi branşa başvurduğu incelendiğinde;

hastaların %22'sinin dahiliye, %21.7'sinin fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR), %18.6'sının romatoloji ve %12.3'ünün aile hekimliğine müracaat ettiği saptanmıştır. Öztekin ve ark.'nın [20] çalışma örneğinde ise %50.4 romatoloji, %24.4 FTR ve %5 dahiliye sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızdaki birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanıp kullanmama nedenlerine ait faktör analizi sonuçlarını açıklamaktadır. Ayrıca romatolojik hastalıklarda non-spesifik birçok semptomun bir arada görülmesinden kaynaklı olarak hastaların dahiliye bölümünü tercih etmek istemesi ve Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulamasının dahiliye birimi muayenesi olmadan doğrudan romatolojiye geçişe izin vermemesi de en sık başvuru branşın dahiliye olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık durumu ile birinci basamağı tercih edip etmemedeki etkili birinci ve ikinci faktör boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İlave kronik hastalığı olanlar birinci basamak hizmetlerini ve hekimlerini daha fazla tercih etmektedir. Dede ve ark.'nın [24] çalışmasında hastaların %72.2'sinin kronik hastalığını takip eden devamlı bir hekimi vardı ve %23'ünün takibi birinci basamakta yapılmaktaydı. Takip konusu olduğu için genellikle üst basamaktan sağlık hizmeti alımının yüksek çıkması öngörülebilir bir durumdur.

Tanır ve ark. [25] hastaların aile hekimliğine gitme nedenleri olarak %42 oranında reçete yazdırmak için başvurduklarını bildirmiştir. Türkiye'de birinci basamağın hastalıkların gerek tanı ve taramalar gerekse takip ve tedavi olmak üzere tüm aşamalarında rol oynadığı bilinmesine rağmen özellikle kronik hastalıkların takip kısmında yaygın bir kesim sadece ilaç reçete etme ihtiyacı duyduğunda başvuru yapmaktadır. Literatürde farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Türkiye'de yürütülen ve 302 hastanın dahil edildiği bir çalışmada katılımcıların kronik hastalık oranı %54 olarak bulunurken, çoğu hastanın birinci basamak hekimini bilmediği (%87.7) ve hiç ziyaret etmediği (%99.7) bildirilmiştir [26]. Aynı çalışmada, birinci basamaktan hizmet alma oranı %30.8 olarak tespit edilmiş ve bunların %50.7'si birinci basamağa ilaç yazdırma amaçlı müracaat eden hastalar olarak belirlenmiştir. Hastaların %91.1'inin devlet hastanesine müracaat etmeden

önce birinci basamakta kayıtlı olduğu aile hekimine gitmediğini ve %54'ünün uzman hekim ve/veya daha ayrıntılı tetkik/televi için devlet hastanesine gitmeyi tercih ettiğini ve ayrıca aile hekimlerini hastalıkları için yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir [26]. Buradan toplumun tıbbi ve teknolojik imkanlar açısından daha gelişmiş ikinci ve üçüncü basamak hastaneleri birinci basamağa ve aile hekimlerine tercih ettiklerini anlıyoruz.

Dahiliye polikliniğine müracaat eden hastaların birinci basamağı tercih etme oranlarının araştırıldığı bir başka çalışmada, hastaların birinci basamağı tercih etmeme sebebi olarak belirttiği en sık nedenin aile sağlığı merkezi imkanlarının yetersiz olarak görülmesi (%33.5) bildirilmiştir [27]. Başka bir çalışmada ise kardiyovasküler hastalıklar için ilk kurum olarak aile sağlığı merkezini tercih edenlerin oranı %13.4, herhangi bir nedenden kaynaklı sağlık probleminde ilk kurum olarak başvuru yeri aile sağlığı merkezi olanların oranı ise %20.1 bulunmuştur [28]. Aynı çalışma bireylerin %89.1'inin birinci basamaktan sevk almadan hastaneye müracaat ettiğini ve

bu'nların %16.9'unun aile sağlığı merkezlerini yeterli bulmadığını göstermiştir.

Çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması ve ayrıca romatolojik hastalıklara yönelik farklı sosyokültürel özelliklere sahip hasta popülasyonunun etkisindeki muhtemel farklılıklar nedeniyle elde edilen veriler tüm toplumu yansıtmayabilir. Diğer merkezlerde yapılacak benzer çalışmalarla desteklenmesi sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.

## Sonuç

Çalışmamıza dahil edilen hastaların genel olarak romatizmal hastalık belirtileri başladığında ve tanı aldıktan sonraki süreçte birinci basamağı tercih etmeme eğiliminde olduğu görülmüştür. Hastalığın tüm süreçlerine katkı sağlamak hastanelerin iş yükünü azaltacak ve maliyet etkin bir yaklaşıma katkı sağlayacaktır. Bunun için hastaların birinci basamağa yönelik olumsuz algılarını ortadan kaldıracak faktörler gözden geçirilerek hastaların birinci basamağı tercih etme oranları artırılabilir.

**Çıkar beyanı:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir. Makalenin içeriğinden ve yazılmasından tek başına yazarlar sorumludur. **Finansal destek:** Bu çalışmaya finansal destek verilmemiştir.

## Kaynaklar

1. Loza E, Abásolo L, Jover JA, Carmona L; EPISER Study Group. Burden of disease across chronic diseases: a health survey that measured prevalence, function and quality of life. *J Rheumatol* 2008; 35(1): 159-65. [PubMed]
2. March L, Smith EU, Hoy DG, Cross MJ, Sanchez-Riera L, Blyth F, et al. Burden of disability due to musculoskeletal (MSK) disorders. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014; 28(3): 353-66. [Crossref] [PubMed]
3. Cross M, Smith E, Hoy D, Carmona L, Wolfe F, Vos T, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(7): 1316-22. [Crossref] [PubMed]
4. Toledano E, Candelas G, Rosales Z, Martínez Prada C, León L, Abásolo L, et al. A meta-analysis of mortality in rheumatic diseases. *Reumatol Clin* 2012; 8(6): 334-41. [Crossref] [PubMed]
5. Barhamain AS, Magliah RF, Shaheen MH, Munassar SF, Falemban AM, Alshareef MM, et al. The journey of rheumatoid arthritis patients: a review of reported lag times from the onset of symptoms. *Open Access Rheumatol* 2017; 9: 139-50. [Crossref] [PubMed]
6. Sykes MP, Doll H, Sengupta R, Gaffney K. Delay to diagnosis in axial spondyloarthritis: are we improving in the UK? *Rheumatology (Oxford)* 2015; 54(12): 2283-4. [Crossref] [PubMed]

7. Xiang L, Low AHL, Leung YY, Fong W, Gandhi M, Yoon S, et al. Interval between symptom onset and diagnosis among patients with autoimmune rheumatic diseases in a multi-ethnic Asian population. *Int J Rheum Dis* 2021; 24(8): 1061-70. [Crossref] [PubMed]
8. Warburton L, Hider SL, Mallen CD, Scott IC. Suspected very early inflammatory rheumatic diseases in primary care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2019; 33(4): 1014-19. [Crossref] [PubMed]
9. Gramling A, O'Dell JR. Initial management of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2012; 38(2): 311-25. [PubMed]
10. Mallen CD, Helliwell T, Scott IC. How can primary care physicians enhance the early diagnosis of rheumatic diseases? *Expert Rev Clin Immunol* 2018; 14(3): 171-73. [Crossref] [PubMed]
11. Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(7): 644-50. [Crossref] [PubMed]
12. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. *J Rheumatol* 2003; 30(7): 1589-601. [PubMed]

13. Zeng QY, Chen R, Darmawan J, Xiao ZY, Chen SB, Wigley R, et al. Rheumatic diseases in China. *Arthritis Res Ther* 2008; 10(1): R17. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
14. Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther* 2009; 11(3): 229. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
15. Rodriguez-Amado J, Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Esquivel-Valerio JA, Burgos-Vargas R, Pérez-Barbosa L, et al. Epidemiology of rheumatic diseases. A community-based study in urban and rural populations in the state of Nuevo Leon, Mexico. *J Rheumatol Suppl* 2011; 86: 9-14. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
16. Rat AC, Henegariu V, Boissier MC. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine* 2004; 71(3): 190-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
17. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Evaluation of referral from perspective of family physicians. *Türk Aile Hek Derg* 2018; 22 (3): 118-32. [[Crossref](#)]
18. Wang T, Xiong G, Lu L, Bernstein J, Ladd A. Musculoskeletal Education in Medical Schools: a Survey in California and Review of Literature. *Med Sci Educ* 2020; 31(1): 131-6. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
19. Özkoç H. Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: uygunluk analizi ve nested logit model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013; 15(2): 267-280.
20. Öztekin C, Doğan İ, Özkara A, Özbolat F, Yılmazel G. Çorum bölgesinde yaşayan inflamatuvar romatizmal hastalıkları olan kişilerde tanı ve tedavi gecikmesinin değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal* 2019; 11(3): 344-349. [[Crossref](#)]
21. Yılmaz M, Mayda A, Yüksel C, Filiz B, Seval O, Bayındır K, et al. Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013; 2(3): 7-13.
22. Ventura I, Reid P, Jan R. Approach to Patients with Suspected Rheumatic Disease. *Prim Care* 2018; 45(2): 169-80. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
23. Gürsoy V, Coşkun BN, Öksüz MF, Tufan AN, Ermurat S, Kutlu N, et al. Acil Serviste Romatoloji Konsültasyonu: Bir Yıllık Sonuçlar. *RAED Dergisi* 2014; 6(1): 8-12. [[Crossref](#)]
24. Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, et al. Kronik Hastalığı Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetlerinin Niteliğini Etkileyen Değişkenler. *TAF Prev Med Bull* 2016; 5(3): 238-47. [[Crossref](#)]
25. Tanır F. Aile Hekimliği Uygulamalarının Doğanekent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki Durumu. *Turkish Journal of Public Health* 2014; 12(2): 91-99. [[Crossref](#)]
26. Gümüş EÇ, Güngörmüş Z. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru Yapan Hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 23(1): 119-26. [[Crossref](#)]
27. İnci H, Çalış ŞÖ, Tarakçı A, Tontak S, Özkan EA, Korkut B, et al. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastaların Aile Sağlığı Merkezini Kullanma Durumları. *Unika Sag Bil Derg* 2022; 2(3): 321-31. [[Crossref](#)]
28. Dengiz KS, Tanyer DK. Hastaneye Başvuran Kalp Damar Hastalarının Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı. *Journal of Health and Nursing Management* 2020; 3(7): 402-09. [[Crossref](#)]