

## Özgün Makale

# Diyabet ve Kalp Damar Hastalıklarıyla Yaşamak: Karşılanmamış Gereksinimler ve “Doktor Gezme” Olgusu Üzerine Nitel Bir Çalışma

Living with Diabetes and Cardiovascular Diseases: A Qualitative Study on Unmet Needs and the Phenomenon of “Doctor Shopping”

Sibel Sakarya<sup>1</sup>, Bülent Kılıç<sup>2</sup>, Belgin Ünal<sup>2</sup>, Shahaduz Zaman<sup>3</sup>, Peter Phillimore<sup>4</sup>

1. Prof. Dr., Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
2. Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
3. Prof., University of Sussex, Brighton and Sussex Medical School, Brighton, Birleşik Krallık
4. Prof., School of Geography, Politics & Sociology, Newcastle University, Newcastle, Birleşik Krallık

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları (KDH) ve Diabetes Mellitus (DM) hastalarının sağlık hizmeti alırken yaşadıkları deneyimleri anlamaktır.

**Yöntem:** Bu makalenin dayandığı çalışma, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilen daha büyük bir proje olan Akdeniz Kardiyovasküler Hastalık ve Hiperglisemi Çalışmaları: Nüfus Sosyo-ekonomik Geçişlerinin Analitik Modellemesi (MedCHAMPS, 2009-2013) projesinin bir parçasıdır. Fenomenolojik tipte nitel bir araştırmadır. Veriler İstanbul ve İzmir’de seçilen dört klinikte toplanmıştır. Veri toplama sürecinde 20 hasta, 11 hasta yakını ve 8 sağlık hizmet sunucusu ile derinlemesine görüşmeler yapılmış, tematik içerik analizi yöntemiyle Atlas.ti programında analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Bu çalışmada birbiri ile ilişkili üç ana tema ortaya çıkmıştır: Bunlardan ilki hizmetlerin niteliğine yönelik beklentilerdir. İkinci ise sürekli olarak daha nitelikli bir hizmet arayışını ifade eden “doktor gezme” olgusudur. Ayrıca hastaların nedenlerine ilişkin algılar da belirgin bir tema olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Sağlık hizmet sunumu düzeyinde, Türkiye’deki sistem KDH-DM hastalığı olan bireylerin çok boyutlu gereksinimlerini yeterince karşılayamamaktadır. Hizmetlerin sürekliliğine yönelik gereksinimler açısından, birinci basamağı güçlendiren girişimlere gerek vardır.

**Anahtar sözcükler:** sağlık arama davranışı, sağlık hizmeti kalitesi, bulaşıcı olmayan hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmetleri

## Abstract

**Objective:** The aim of this study is to understand the experiences of patients with Cardiovascular Disease (CVD) and Diabetes Mellitus (DM) in Turkey when receiving healthcare services.

**Method:** This phenomenological and qualitative study is based on a part of a larger European Commission (EC)-funded project, Mediterranean Studies of Cardiovascular disease and Hyperglycaemia: Analytical Modelling of Population Socio-economic transitions (MedCHAMPS, 2009-13). Data were collected in four clinics selected in Istanbul and Izmir. During the data collection process, in-depth interviews were conducted with 20 patients, 11 relatives of patients, and 8 healthcare providers.

**Findings:** Two interrelated main themes emerged in this study. The first concerns expectations regarding the quality of services. The second is the phenomenon of “doctor shopping,” expressing a continuous search for higher-quality care. Additionally, perceptions about the causes of the diseases were identified as a prominent theme.

**Conclusion:** At the level of healthcare delivery, the system in Türkiye does not sufficiently meet the multidimensional needs of individuals with CVD-DM. In terms of continuity of care, there is a need for initiatives that strengthen primary care and support it with a referral chain.

**Keywords:** health seeking behaviour, quality of healthcare services, non-communicable diseases, primary care services

Geliş Tarihi / Received: 23.02.2026 Kabul Tarihi / Accepted: 04.03.2026 Yayın Tarihi / Published: 11.03.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Bülent Kılıç Eposta: bulentkiloc64@gmail.com

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Sakarya, S., Kılıç, B., Ünal, B., Zaman, S. & Phillimore, P. (2026). Diyabet ve Kalp Damar Hastalıklarıyla Yaşamak: Karşılanmamış Gereksinimler ve “Doktor Gezme” Olgusu Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa)*, KİŞ(17), 21-32.

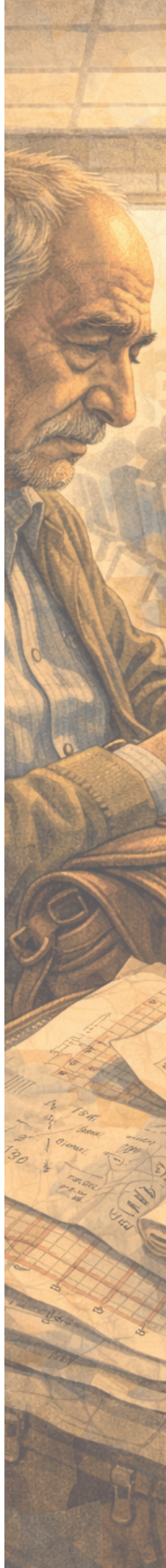
## Giriş

Sağlık hizmetlerinin niteliğinin değerlendirilmesi sürecine hasta deneyimlerinin dahil edilmesi, hasta merkezli hizmet yaklaşımında yaygın olarak kullanılmaktadır (WHO, 2006). Hasta deneyimleri ve görüşleri, sağlık sistemleriyle etkileşimlerinden elde edilen geri bildirimler sayesinde hizmet sunumundaki güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesine katkı sağladığı için önemlidir (EPF, 2017). Bu nedenle, hasta tarafından bildirilen deneyim (Patient Reported Experience (PRE) olarak adlandırılan araştırmalar giderek artmaktadır (Abel, Tadesse, Frahsa & Sakarya, 2023). Bu yaklaşımla kurgulanan araştırmalar, sağlık hizmetlerinin erişim, süreklilik, iletişim ve kronik hastalıklarla başa çıkma konusunda hasta beklentilerini karşılayamadığı noktaları ortaya koymaktadır.

Kronik hastalıklara sahip hastaların yaşadığı bir başka durum literatürde “*healer shopping*” olarak tanımlanan “*tedavi alışverişi*” davranışdır (De-Graft Aikins, 2005). Bu yaklaşım eskiden daha geleneksel tıp uygulamaları aramak anlamına gelirken (Uddin vd., 2022; Faxelid, Ahlberg, Ndulo & Krantz, 1998), günümüzde daha çok modern tıp içindeki alternatif arayışları ve ikinci-üçüncü sırada gelen başvuruları içermektedir (De-Graft Aikins, 2005). Bu nedenle çalışmada hastaların bu davranış biçimi “*doktor gezme*” olarak tanımlanmıştır.

Diğer birçok ülkede olduğu gibi, Türkiye’de de sağlık planlamasının odağı, ülkenin demografik ve sosyoekonomik yapısındaki değişikliklere paralel olarak, bulaşıcı hastalıklardan, bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH) ve bunların yol açtığı komplikasyonlara doğru kaymaktadır (Şimşek & Ünal, 2025). Ancak, Türkiye’deki mevcut sağlık sistemi, başka birçok ülkede olduğu gibi, geçen yüzyılın başlarında akut hastalıklarla başa çıkmak üzere tasarlanmıştır (Yardım & Erkoc, 2011; Kilic, Kalaca, Unal, Phillimore & Zaman, 2015), ve kronik hastalıkların artışının yarattığı yüke uyum sağlamakta zorlanmaktadır; bu da günümüzde küresel sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı zorluklardan birisidir (Ebrahim vd., 2013).

Kronik hastalığı olan kişilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve hasta görüşlerinin sağlık hizmeti sunumunda karar alma süreçlerine entegre edilmesi, ele alınması gereken diğer zorluklardır. Kronik hastalıkların yönetiminde hastanın aktif rol alması ve hastalık öz yönetimi yaklaşımı ise uygulamada henüz tam olarak yerleşmemiştir (Akman vd., 2017). Türkiye’deki araştırma öncelikleri de daha çok epidemiyolojik ve klinik odaklı olmuştur (Unal & Ergor, 2017); hasta deneyimlerini derinlemesine araştırmaya yönelik niteliksel araştırmalar daha sınırlı kalmıştır. Bununla birlikte, birçok ülkede olduğu gibi, sağlık politikasına ve tıbbi uygulamaya yön verecek veriler elde etmeyi amaçlayan nitel çalışmalara yönelik artan bir ilgi vardır (Renedo & Marston, 2015; Campbell vd., 2003; Curry, Nembhard & Bradley, 2009; Röing & Sanner, 2015). Bu makale de benzer bir ilgi ile kurgulanan bir araştırmadan ortaya çıkmıştır. Ayrıca ülkemizde kronik hastalıklar



alanındaki hasta deneyimine dayalı niteliksel çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır.

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları (KDH) ve Diabetes Mellitus (DM) hastalarının sağlık hizmeti alırken yaşadıkları deneyimlerini anlamaktır.

## Yöntem

Bu çalışma fenomenolojik tipte, niteliksel bir araştırmadır. Makalenin dayandığı çalışma, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilen ve daha büyük bir proje olan Türkiye, Suriye, Tunus ve Filistin’in yer aldığı Akdeniz Kardiyovasküler Hastalık ve Hiperглиsemi Çalışmaları: Nüfus Sosyo-ekonomik Geçişlerinin Analitik Modellemesi (MedCHAMPS, 2009-2013) projesinin bir parçasıdır. Araştırma tasarımının ayrıntıları (Maziak vd., 2013; Phillimore vd., 2013, Bowman vd., 2012) ve Türkiye’deki ulusal politikalar ve stratejilerle ilgili durum analizinin sonuçları daha önce yayımlanmıştır (Kılıç vd., 2015).

Çalışmada İstanbul ve İzmir’de dört sağlık kurumunun polikliniği seçilmiştir. Bunlardan biri kentsel, biri kırsal olmak üzere iki kamu kurumu polikliniği, diğer ikisi ise kentsel bölgedeki özel sağlık kurumu poliklinikleridir. İstanbul ve İzmir illeri Türkiye’nin batısında yer almakla birlikte yoğun bir iç göç alan kosmopolit metropollerdir. Bu illerin seçilme nedeni kültürel ve bölgesel hasta çeşitliliğine sahip olmalarıdır. Veri toplama sürecinde 20 hasta, 11 hasta yakını ve 8 sağlık hizmet sunucusu ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Hastalar (n=20) bu sağlık kuruluşlarına başvuran kişiler arasından seçilmiş olup, cinsiyet ve hastalık açısından çeşitlilik maksimum yaratacak şekilde ve amaca uygun bir örnekleme yapılmıştır. Hasta yakınlarına ise (n=11; 8 eş, 1 oğul ve 2 kız kardeş) hastalar aracılığıyla ulaşılmıştır. Görüşmeler için yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılmıştır. Tüm görüşmeler iki yazar (SS ve BK) tarafından yapılmıştır. Veri toplama sırasında analizler başlamış ve veri doygunluğuna ulaşıldığı kararı alınınca (SS ve BK tarafından) veri toplama kesilmiştir.

Görüşmeler (ortalama süre 45 dakika) çoğu durumda hastaların evlerinde yapılmıştır; ancak altı hasta ve bir akraba ile sağlık kuruluşunda özel bir odada görüşme yapılmıştır. Hastaların seçildiği kliniklerden 3 uzman doktor, 1 aile hekimi ve 4 hemşire de görüşme için seçilmiştir (n=8). Tüm görüşmelerde ses kaydı yapılmış ve ses kayıtları metne dönüştürülmüştür. Analiz ve kodlamadan önce metinler iki araştırmacı (SS ve BK) tarafından düzeltilmiştir.

Veri analizi için “tematik içerik analizi” yöntemi kullanılmıştır. Metinler, daha geniş bir projenin parçası olarak önceden belirlenen ana kodlar kullanılarak iki araştırmacı tarafından kodlanmıştır (SS, BK). Araştırma öncesinde belirlenen ana kodlar: “hastalığın nedenleri ve risk faktörleri hakkında düşünülenler”, “sağlık hizmeti arama davranışı”, “hastalık tanısı konulduğunda yaşanan duygu” ve “hastalığın yaşam kalitesine” etkileridir. Ayrıca kodlar diğer iki araştırmacı (PP, SZ) tarafından gözden geçirilmiş ve kodların ortaklaştırılması ve temaların üretilmesi (SS, BK, PP, SZ) dört kişi tarafından yapılmıştır. Analizler Atlas.ti 6.2 programı kullanılarak yapılmış ve kodlar bu programda birleştirilmiştir. Veri yönetimi sırasında, kayıtların saklanması, anonimleştirme ve gizlilik önlemlerine titizlikle



uyulmuştur. Araştırma için Dokuz Eylül Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul kararı alınmıştır (28.09.2009/09-9/15).

## Bulgular

Aşağıdaki alıntı, 18 ay önce kalp krizi geçirmiş olan 53 yaşındaki bir erkek hastayla yapılan görüşmeden alınmıştır ve kronik hastalığı olan bir hastanın ihtiyaçlarının karmaşıklığına işaret etmektedir:

*“İlkokul mezunuyum, özel bir ajansda çalışıp idari işlerle ilgileniyordum. Çok sağlıklı bir insan olduğuma inandığım için böyle bir hastalığa yakalanacağımı hiç beklemiyordum... Şimdi, kalp krizinden sonra düzenli olarak birkaç hap almak zorundayım... Sanırım hastalığa yakalanmama dört ana faktör neden oldu: stres, sigara, hareketsizlik ve kötü beslenme... Ama yine de bunun neden tam olarak benim başıma geldiğini düşünmeye ve anlamaya çalışıyorum... Böyle bir hastanın ne yapabileceği, ne yapması gerektiği ve ne yapamayacağı konusunda aklımda birçok soru var. Bu soruları doktora sormak istiyorum ama hastalığımı ve geçmişimi bilen özel bir doktora ihtiyacım var.”*

Bu alışılmadık bir senaryo değildir ve hastaların hastalıklarını yönetmek için önemli olan birkaç faktöre dikkat çekmektedir: hastanın altta yatan nedenler ve risk faktörleri hakkındaki bilgisi ve farkındalığı; günlük rutinlerinde değişiklikler yaparak risk faktörlerini değiştirme konusunda algılanan kapasitesi; güvenilir bir doktora erişilebilirliğe olan güveni ve inancı; ve bakımın sürekliliğinin olasılığı hakkındaki endişeleri. Daha da önemlisi, bu alıntı, kişisel bilgiye ilişkin öz-yönelimli ifadelerin yanı sıra sağlık hizmeti sunumunun kaynakları ve etkinliği hakkındaki dış-yönelimli ifadelere de yer vermektedir.

Hastalar hastalıklarının yönetimi sürecinde hem inanç ve geleneklerden, hem sağlık sisteminin yapısal özelliklerinden hem de yaşadıkları deneyimlerinden etkilenmektedir. Bu bağlamda çalışmanın bulguları üç ana temada odaklanmıştır: hastalığın nedenlerine ilişkin algılar, “doktor gezme” davranışı (“daha iyi hizmet” almak amacıyla sürekli hekim ve hastane gezmek) ve hizmetlerin niteliğine ilişkin algılar.

## Tema-1: Hastalık Nedenlerine İlişkin Algılar

Genel olarak, hastalar hastalıkları ile ilgili risk faktörlerinin farkındadır ve hastalığın kötü prognozundan nasıl korunacaklarını söylemektedirler. Hastaların açıklamaları, hastalık nedenlerinin kavramsallaştırılmasında, bilimsel teorilerle halk arasındaki inanışların bir karışımını yansıtmaktadır.

Çalışmadaki hastaların çoğu, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik, obezite, sigara içme



ve aile öyküsü gibi bilinen kronik hastalık risk faktörlerinden söz etmişlerdir. Bunlara ek olarak stres de bir risk faktörü olarak dile getirilmiştir.

*“Sigara içiyorum, stresli bir işte çalışıyorum... Kalp krizi normal bir şey.” (Erkek, 48 yaşında, Kent, KDH hastası).*

Hastalar stresden söz ederken, aynı zamanda ruh sağlığına da atıflar yapan “üzücü yaşam olayları” ve “depresyon” dan da söz etmişlerdir:

*“Aslında bunu (hastalığının nedenini) düşünüyorum; nedeni üzüntü. Üzüntü, ağlama ve acı çekme yüzünden. Hepsi depresyonum yüzünden”(Kadın, 45 yaşında, Kent, KDH hastası).*

*“Evliliğimde ihanete uğradım ve daha sonra iyileşemedim” (Erkek, 49 yaşında, Kent, KDH hastası).*

Birçok hasta tanı aldıktan sonra, “Neden ben?” sorusunu sormuş, ardından da bazı açıklamalar getirmiştir. Bazı hastalar diğer aile üyelerinin de benzer sorunlar yaşadığını belirtmiştir, ancak bunun önemli olup olmadığı veya kalıtsal bir duruma işaret edip etmediği konusunun hastalar açısından net olmadığı anlaşılmaktadır

*“Hayır, (hastalıktan) hiç şüphelenmedim... Yani... ailemizde bu hastalık vardı... Babam ve amcam kalp krizi nedeniyle öldüler, ama bunun ileri yaşlarda olabileceğini varsaydım (Erkek, 40 yaşında, Kent, KDH hastası).”*

Hastalık nedenlerine ve risk faktörlerine yönelik düşünceler hastaların doktor doktor gezme davranışlarına da yansımaktadır. Bu durum ikinci temada görülmektedir.

## **Tema-2: “Doktor Gezme” Davranışı**

Doktor gezme davranışı, hastaların “daha iyi” tedavi bulmak amacıyla sürekli hekim ve sağlık kurumu aramalarına işaret eden bir temadır. Hemen hemen tüm hastalar, “daha iyi” bir hizmet alabilmek için bitmek bilmeyen bir arayış içindedir. Bu durum, hastaların ve yakınlarının hizmetlerin niteliği hakkındaki sürekli şüpheli ve genellikle olumsuz görüşleriyle ilişkilendirilmiştir. İlgili anlatılar, hastaların sunulan hizmet konusunda kendilerini güvende hissedene kadar bir dizi doktor veya sağlık kuruluşunu denediklerini göstermektedir. Bu nedenle, “doktor gezme” yerleşik bir alışkanlık olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin, 20 yıldır DM hastası olan bir erkek ve eşi, sonunda güvendikleri bir hizmet bulmalarının 20 yıl sürdüğünü söylemiştir.

*“20 yıldır diyabet hastası, ancak insülin enjeksiyonunu nasıl yapacağımızı ve diyet yapmayı daha yeni öğrendik” (Kadın, 55 yaşında, Kent, DM hastasının eşi).*

Hastalar ve yakınlarıyla yapılan görüşmelerde tekrar olarak ortaya çıkan bir başka konu da hekimlerden/ sağlık hizmet sunucularından yeterli bilgi ve açıklama alma isteğidir. Bu, hastaları sürekli yeni bir doktor/sağlık kurumu aramaya iten başlıca faktörlerden birisidir. Bu istek veya beklenti, sadece şehirde yaşayanlarla veya sağlık hizmetlerinden genel olarak daha yüksek beklentilere sahip olduğu varsayılan

nispeten eğitilmiş, gençlerle sınırlı olmayıp; kırsaldan katılan veya daha yaşlı kişiler arasında da sıklıkla dile getirilmiştir:

*“En önemli şey biraz bilgiye sahip olmak. Sizinle konuşmaları, size zaman ayırmaları ve açıklamalar yapmaları” (Kadın, 75 yaşında, kırsal kesim, DM hastası).*

Bir çok hasta, ilk kez tanıyı aldıktan sonra sonra bir başka sağlık kuruluşuna veya doktora başvurmuştur. Belirtilen nedenler çeşitlilik göstermektedir. Tanı birinci basamak sağlık kurumunda konulmuşsa, başka bir yer arayışı genellikle birinci basamak hekiminin gerekli tedaviyi planlayacak kadar eğitilmiş veya uzman olmadığına ilişkin görüşten kaynaklanmaktadır. Görüşme yaptığımız kişiler – hastalar ve aile üyeleri – birinci basamak sağlık kurumlarını (Aile Sağlığı Merkezleri-ASM) çoğunlukla reçetelerin tekrar yazılması için kullanılacak bir yer olarak görmektedir

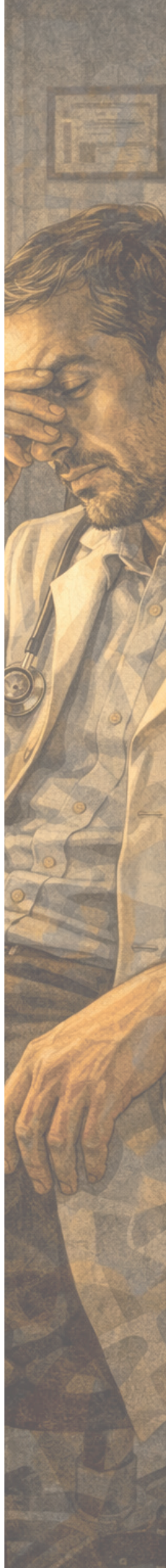
*“Aile Sağlığı Merkezine gidiyorum. Aile bekimine kronik hastalık raporumu veriyorum; o da reçete yazıyor, tamam... [Diyabetimi] kontrol ettirmek için hiç gitmedim... Kimse beni [bu konuda] aramıyor... İlacım bitince gidiyorum” (Erkek, 52 yaşında, Kent, KDH-DM hastası).*

Bir aile hekimi ise, aynı konuyu kendi bakış açısından dile getirmiş ve hastaların kendisinden, sadece uzman tarafından başlangıçta verilen reçeteyi tekrar etmesini istemelerinden yakınmıştır:

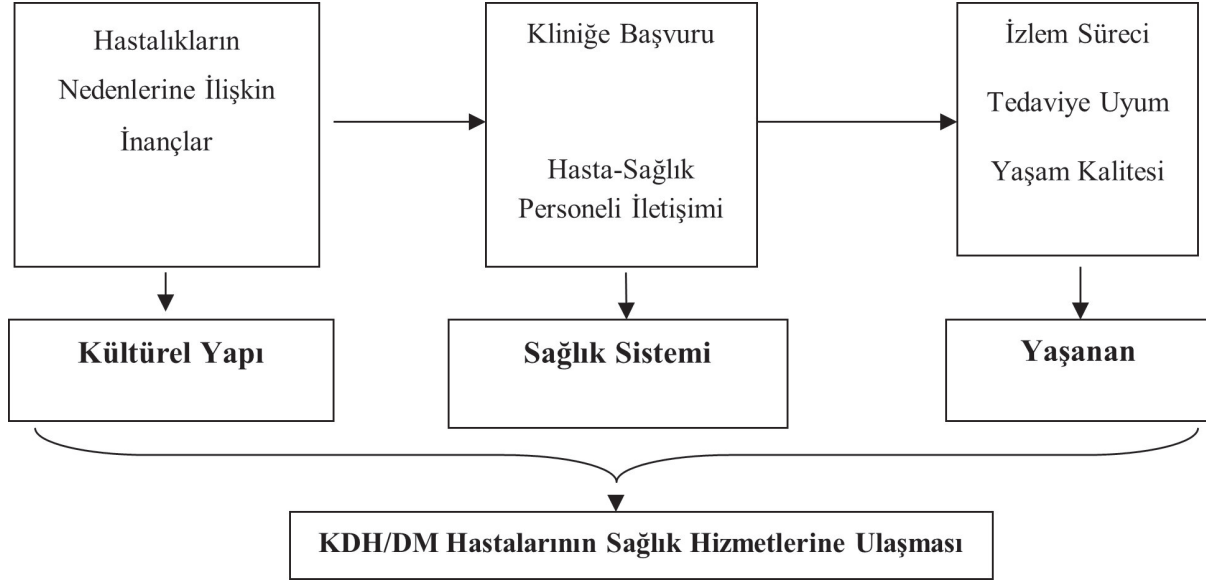
*“Onlara ‘Ben RYSM değilim’ diyerek itiraz ediyorum. Bunun ne anlama geldiğini sorduklarında, ‘Reçete Yazmaktan Sorumlu Memur’ anlamına geldiğini açıklıyorum (Aile Hekimi, Erkek).”*

KDH-DM hastaları, hastalıklarının izlemi için daha çok hastaneleri adres göstermekte, aynı zamanda buralardaki sorunlara işaret etmektedir. Hastalar, randevular için uzun bekleme sürelerinden, kamu hastanelerinin kalabalık olmasından, bazı hastanelerin gerekli tanı olanaklarına sahip olmamasından yakınmışlardır. Ayrıca daha önce bahsedilen güven ve zaman eksikliği sorunlarını hastane bağlamında da gündeme getirmiş, doktorların hastalara ayırdığı zamanın sınırlı olmasından, doktorlardan (veya hemşirelerden) aldıkları bilginin yetersizliğinden ve her ziyarette farklı bir doktor görmenin yarattığı hayal kırıklığından söz etmişlerdir. Bu sorunlar, rutin bir sevk zincirinin olmaması nedeniyle daha da artmaktadır. Hastalar karşılanmamış gereksinimleri nedeniyle “doktor gezme” davranışı sergilemekte, bunun sonucu olarak hizmetleri, kurumları ve hizmet sunucuları birbiriyle karşılaştırmakta ve sürekli bir güven sorunu yaşamaktadır

*“... İyileştirmiyorlar. Eğer o hastanede olsaydı iyileştirirlerdi, ama diğer hastanede hayır! O hastane tamamen işe yaramaz. Açık konuşayım... Oradaki doktorlar bir şey diyor, diğer hastanedeki doktorlar başka bir şey diyor. O hastanedeki doktorlar normal olduğumu, sağlıklı olduğumu söylüyor. [Ama] diğer hastaneye gidince başka bir şey söylüyorlar” (Kadın, 46 yaşında, Kent, KDH hastası).*



Elde edilen veriler, KDH-DM tanısı olan hastaların ve hasta yakınlarının tedavi arama sürecinin kültürel, sistemsel ve deneyimsel faktörlerle şekillendiğini göstermiştir (Şekil-1).



**Şekil 1.** Kronik hastalıklarda tedavi arama süreci ve sürece dahil olan faktörler

Kültürel faktörler hastalıkların nedenlerini algılamakta ve alternatif tedavi arayışlarında etkili olmakta, sağlık sistemi ise hastanın randevu alışından, muayene olmasına kadar olan süreci kapsamaktadır. Tüm bunlar hastanın yaşam kalitesine etki etmektedir. Bu bağlamda hastaların dikkat çektiği bir başka tema sağlık hizmetlerinin niteliğidir.

### **Tema-3: Sağlık Hizmetlerinin Niteliği**

Hastalar veya aile üyeleriyle yapılan görüşmeler, bu tema altında, tıbbi tedavi dışındaki hizmetlere ilişkin kaygıların öne çıktığını göstermiştir. Özel sağlık hizmetlerinin kamu sektörüyle karşılaştırılması da en sık bu bağlamda ortaya çıkmaktadır. Kamu hastaneleri, uzun bekleme süreleri ve muayeneye ayrılan kısa süre nedeniyle sürekli eleştirilmektedir. Ayrıca, hastalar ve yakınları, kamu hastanelerindeki tıbbi otoriteyi kendilerine uzak ve hiyerarşik güç olarak görmekte, sağlık personeli tarafından yetersiz bilgilendirildiklerini ifade etmektedirler. Bazıları, devlet hastanelerinde sağlık hizmeti sunucuları ile olan karşılaşmalarda çok sık karşılaşılan sert, baskıcı bir tona değinmiş; hastalar bazen tedavi planlarına uyumu sağlamak için kasıtlı olarak korkutma taktiklerinin kullanıldığını belirtmişlerdir.

*“Her zaman öleceğinizi söylüyorlar. İlacınızı almazsanız öleceksiniz. Şunu yaparsanız öleceksiniz, bunu yaparsanız öleceksiniz .... Hemşire hanım çok katı ve çok baskın bir kadındı.” (Erkek, 49 yaşında, Kent, KDH hastası).*



Buna karşılık, hastaların gözünde, özel klinikler veya hastaneler, sağlık personelinin hastalarla ilişki kurma biçimi açısından olumlu bir imaja sahiptir. Bu kurumlarda doktorların, hastalarına daha düşünceli ve saygılı davrandıklarını, tedavi seçeneklerini açıklamak, hasta sorularını yanıtlamak ve ilk seferde doğru anlamadığı için hastaya karşı küçümseyici bir tavır sergilemeden yanlış anlamaları düzeltmek için zaman ayırdıklarını söylemişlerdir. Hizmetlerin sürekliliği de algılanan bir diğer faydadır; hastalar, özel sağlık kuruluşlarında aynı doktoru görebilecek olmalarını hizmetlerin olumlu bir özelliği olarak belirtmişlerdir.

*“Özel hastanelerde size çok daha iyi bakıyorlar diyebilirim. Daha ilgililer ve daha çok zaman ayırırlar. Size kendinizle ilgili her şeyi anlatıyorlar. Ama devlet hastaneleri öyle değil...” (Kadın, 66 yaşında, kırsal kesim, DM hastası).*

*“Fırsatım olsa özel bir hastaneye giderdim. Bana ne yapmam gerektiğini daha iyi anlatabilirlerdi, böylece ben de ne yapmam gerektiğini daha iyi anlayabilirdim... Ama şimdi [devlet] hastanesine gidiyorum; bana hiçbir şey söylemiyorlar.” (Erkek, 67 yaşında, kırsal kesim, DM hastasının yakını).*

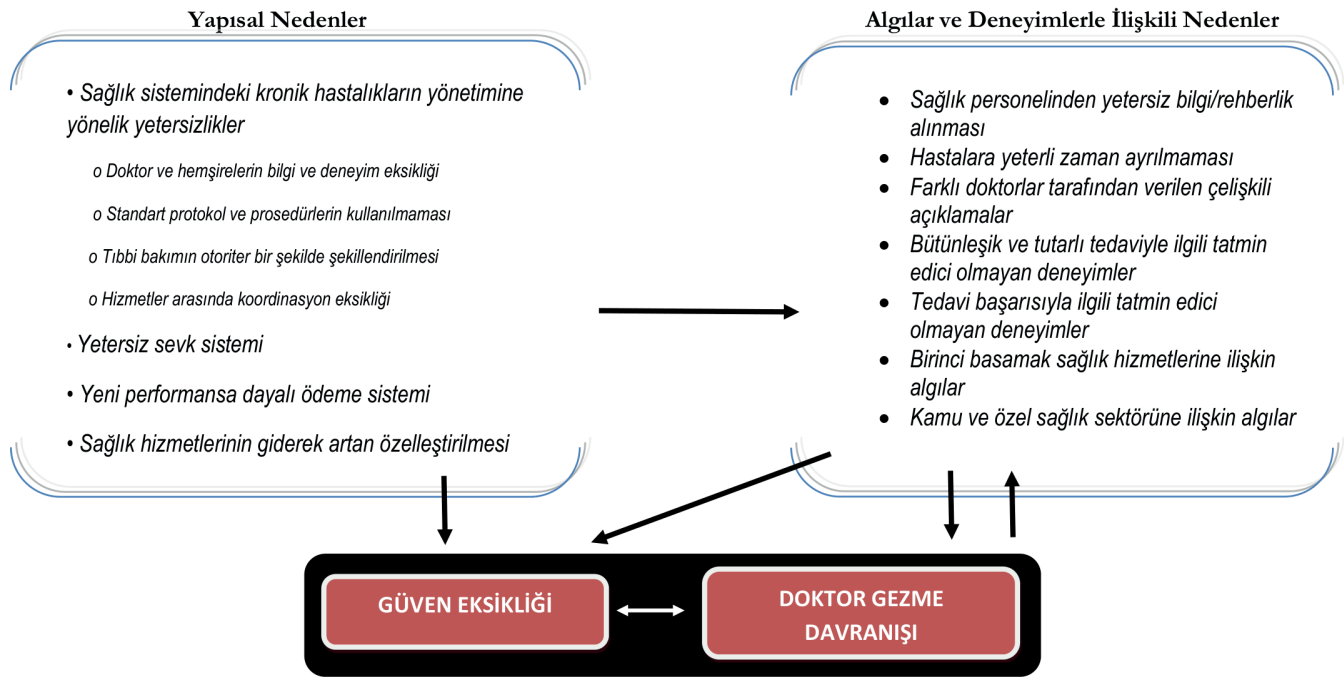
Özel sektörde sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin olumlu algılar olmasının yanı sıra, sektörün kar odaklı olmaları nedeniyle güvensizlik olduğu da dile getirilmiştir:

*“Çok iyiler. Sağlık personeli burada (özel bir klinikte) çok cana yakın. İşlerini yapıyor gibi görünüyorlar, ama elbette özel kliniklerin diğer tarafını da biliyorum ,yani kâr tarafını” (Kadın, 54 yaşında, Kent, DM hastası).*

Sonuç olarak, hastalarda ve yakınlarında oluşan güven kaybı ve sağlık hizmeti arama davranışı bir kısır döngü yaratmakta ve hastalar sürekli bir hizmet arayışı içinde (doktor gezme) olmaktadır. Bu durum Şekil-2’de şematize edilmiştir. Buna göre aslında hastaların güven kaybı iki nedenle oluşmaktadır. Birinci grup sağlık sistemine ait yapısal nedenler, ikinci grupsa hastaların yaşadığı algılar ve deneyimlerdir. Yapısal nedenler sağlık sisteminin KDH ve DM için yetersiz kalmasına bağlı olarak hastaların yaşadığı olumsuz deneyimlere yol açmaktadır. Örneğin birinci basamağın güçlü olmaması hastaların tanı ve tetkik süreçlerini olumsuz etkilemekte veya sağlık personelinin bilgi yetersizliği hastaların sağlık personelinden yetersiz bilgi almasına yol açmaktadır. Tüm bunlar hastalarda bir “güven eksikliği”ne yol açmaktadır (Arakelyan vd., 2021).







Şekil 2. Güven Kaybı ve “Doktor gezme” Döngüsü

## Tartışma

Bulgularımız doğrultusunda iki önemli temayı tekrar vurgulamak isteriz: İlki, daha iyi hizmet alma amacıyla sürekli sağlık hizmeti arayışını ifade eden ve “doktor gezme” olarak tanımladığımız davranıştır. İkincisi ise bununla doğrudan bağlantılı olarak, kamu sektöründe hizmet kalitesi ve güven sorunları ile özel sektördeki doktorların niyetlerine yönelik duyulan şüphedir.

Benzer araştırmalar da hastaların daha iyi tedavi için arayışta olmalarının, hizmetlerin maliyeti, erişilebilirliği, sürekliliği ve hizmetlerden memnuniyet gibi çeşitli nedenlerden kaynaklandığını savunmuşlardır (De-Graft Aikins, 2005; Health Quality Ontario, 2013). Bu çalışma da benzer biçimde, bireysel deneyimlerin altında yatan yapısal koşulları dolaylı olarak ortaya koymaktadır. Sistemik faktörler çok sayıda ve genellikle birbirine bağlıdır: örneğin, kalabalık polikliniklerdeki zaman baskısı, kronik hastalıkları yönetmek için sağlık hizmeti sunucularının mevcut standart protokol ve prosedürleri kullanmaması ve yerleşik bir sevk sistemi sisteminin olmaması gibi. Bunların her biri, hastalar ve aileleri ile sağlık personeli için sorunlar yaratmaktadır.

Dahası, bu yapısal özelliklerin bazıları, sistemin sorunlarına bireysel bir yanıt olan “doktor gezme” davranışını da aynı şekilde teşvik etmektedir. Türkiye’de yılda kişi başına hekime başvuru oranı yıllar içinde artarak 2024 yılında 12,2 ye erişmiştir (The Ministry of Health, 2025). Kronik hastalığı olan kişilerin gereksinimlerinin karşılanamaması, bu yüksek başvurunun nedenlerinden birisi olabilir. Türkiye’de standart bir sevk sistemi olmadığı için hastalar, istedikleri herhangi bir noktada sağlık sistemine girmekte özgürdürler. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinde kendi aile hekimleriyle kalma konusundaki isteksizlikleri nedeniyle hastane sektöründe oluşan tıkanıklık oldukça büyüktür. Bu

durum Türkiye sağlık sisteminde birinci basamakta tedavi ağırlıklı bir hizmet sunumuna ve uygulama düzeyinde ise aşırı tüketime (doktor doktor gezme) yol açmaktadır (Kılıç, 2025). Türkiye’de BOH alanında sağlık sistemindeki yapısal sorunların başında gelen birincil koruma, erken tanı ve tarama programlarının sınırlılığı, gibi sorunların çözümü sürekli tedavi arayışı sorununun çözümünü kolaylaştıracaktır (Eser, 2025). Ayrıca sevk zincirinin olmaması, aile hekimliği sisteminde kronik hastalık yönetim protokollerinin henüz tam gelişmemesi ve HYP (Hastalık Yönetim Platformu) uygulamasının tam yaygınlık kazanmaması gibi sorunlar bir an önce çözüme bağlanmalıdır. Bunun yanı sıra özel sektörün farkı olarak vurgulanan hastayla iletişim kurma ve hastalığı hakkında bilgi aktarma konusu kamu sektöründe özenle ele alınmalı ve bu konuda sağlık personeline eğitim verilmelidir.

Bu çalışmanın KDH-DM alanında yapılan ve hastaların görüşlerini nitel yöntemle değerlendirilen ilk çalışmalardan birisi olmasının yanı sıra özellikle verilerin eski (2009–2013) olması önemli bir sınırlılık olarak görülmelidir.

### Sonuç

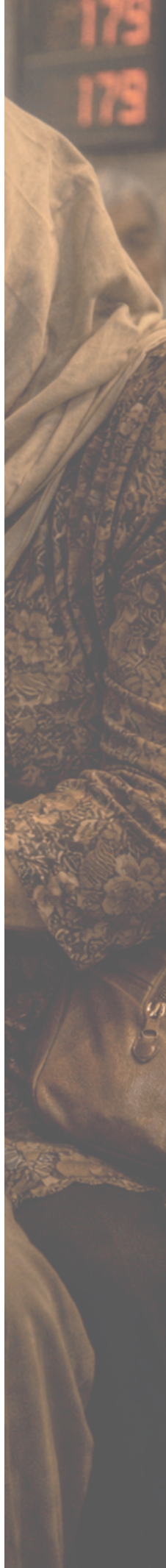
Bu çalışmanın sonuçları, sağlık hizmeti sunumu açısından Türkiye sağlık sisteminin KDH-DM hastaları ve yakınlarının sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşılamadığını göstermektedir. Çözümde öncelik; kronik hastalık yönetimi bağlamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve ilk temas noktası olarak etkin kullanımının teşvik edilmesi olmalıdır. Ayrıca sağlık personeline KDH-DM izlemine yönelik eğitim ve sürekli destek sağlanmalı; hastalar ise hastalıklarını kontrol etme kapasitelerini artıracak biçimde güçlendirilmelidir.

**Teşekkür:** MedCHAMPS’ın Bilimsel Koordinatörü Prof. Dr. Julia Critchley’e çok teşekkür ederiz.

**Finansman:** Bu makalenin dayandığı araştırma, AB tarafından Çerçeve 7 Programı kapsamında finanse edilen MedCHAMPS projesi (Hibe No. 223075) çerçevesinde yürütülmüştür.

**Yazarların katkıları:** SS ve BK verileri toplamış ve analiz etmiş, makaleyi taslak haline getirmiş ve son halini vermiştir. PP, SZ ve BÜ çalışmanın kavramsal çerçevesini ve tasarımını oluşturmuş, taslak makaleyi eleştirel olarak gözden geçirmiştir.

**Çıkar çatışması:** Yok



## Kaynaklar

- Abel T, Tadesse L, Frahsa A, Sakarya S. (2023) Integrating Patient-reported Experience (PRE) in a multistage approach to study access to health services for women with chronic illness and migration experience. *Health Expect.* 2023 Feb;26(1):237-244. doi: 10.1111/hex.13649. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36416363; PMCID: PMC9854289.
- Akman M, Sakarya S, Sargın M, Ünlüoğlu İ, Eğici MT, Boerma WG, Schäfer WL. (2017) Changes in primary care provision in Turkey: A comparison of 1993 and 2012. *Health Policy.* 2017;121:197-206
- Arakelyan S, Jailobaeva K, Dakessian A, Diaconu K, Caperon L, et al. (2021) The role of trust in health-seeking for non-communicable disease services in fragile contexts: A cross-country comparative study. *Soc Sci Med.* 2021 Dec:291:114473. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114473. Epub 2021 Oct 9.
- Bowman S, Unwin N, Critchley J, Capewell S, Hussein A, Maziak W, et al. (2012) Use of evidence to support healthy public policy: a policy effectiveness–feasibility loop. *Bull World Health Organ.* 2012; 90:847-53.
- Campbell R, Pound P, Pope C, Britten N, Pill R, Morgan M, et al. (2003) Evaluating meta-ethnography: a synthesis of qualitative research on lay experiences of diabetes and diabetes care. *Soc Sci Med.* 2003;56: 671-84.
- Curry LA, Nembhard IM, Bradley EH. (2009) Qualitative and Mixed Methods Provide Unique Contributions to Outcomes Research. *Circulation.* 2009; 119:1442-52.
- De-Graft Aikins A. (2005) Healer-shopping in Africa: new evidence from a rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. *BMJ.* 2005; 331:737-43.
- Ebrahim S, Pearce N, Smeeth L, Casas JP, Jaffar S, Piot P. (2013) Tackling Non-Communicable Diseases In Low- and Middle-Income Countries: Is the Evidence from High-Income Countries All We Need? *PLoS Med.* 2013; 10: e1001377.
- EPF (2017) The need for patients' perspective to face chronic diseases. European Patients Forum (EPF). <http://www.eu-patient.eu/News/News-Archive/The-need-for-patients-perspective-to-face-chronic-diseases/>. (ulaşılma tarihi 09.02.2017)
- Eser S. (2025) Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Alanında Geleceğe Yönelik Değerlendirme. Türkiye Sağlık Raporu 2025 içinde (ed:Kılıç, Ayoğlu, Çamur). Cilt:2, s:703-704. HASUDER, Ankara 2025.
- Faxelid E, Ahlberg BM, Ndulo J, Krantz I. (1998) Health-seeking behaviour of patients with sexually transmitted diseases in Zambia. *East Afr Med J.* 1998 Apr;75(4):232-6.
- Health Quality Ontario (2013). An Evidence-Based Analysis. Continuity of Care to Optimize Chronic Disease Management in the Community Setting. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013; 13: 1–41.
- Kılıç B. (2025) Türkiye’de 2020-25 Döneminde Uygulanan Sağlık Politikalarının Analizi. Kılıç, Çamur, Ayoğlu (Ed.) Türkiye Sağlık Raporu 2025 içinde (s:3-24). HASUDER Yayınları, 1180 Sayfa, Nobel Yayınevi, e-ISBN: 978-625-93709-1-0. Ankara, 2025.
- Kilic B, Kalaca S, Unal B, Phillimore P, Zaman S. (2015) Health policy analysis for prevention and control of cardiovascular diseases and diabetes mellitus in Turkey. *Int J Public Health.* 2015; 60 Suppl 1:47-53.

- Maziak W, Critchley J, Zaman S, Unwin N, Capewell S, Bennett K, et al. (2013) Mediterranean studies of cardiovascular disease and hyperglycaemia: analytical modelling of population socio-economic transitions (MedCHAMPS): rationale and methods. *Int J Public Health* 2013; 58:547-53.
- Phillimore P, Zaman S, Ahmad B, Shoaibi A, Khatib R, Husseini A, et al. (2013) Health system challenges of cardiovascular disease and diabetes in four Eastern Mediterranean countries. *Glob Public Health*. 2013; 8: 875-89.
- Renedo A, Marston C. (2015) Developing patient-centred care: an ethnographic study of patient perceptions and influence on quality improvement. *BMC Health Serv Res*. 2015. 15:122
- Röing M, Sanner M. (2015) A meta-ethnographic synthesis on phenomenographic studies of patients' experiences of chronic illness. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*. 2015; 10: 262-79.
- Şimşek MNÜ, Ünal B. (2025) Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları. Türkiye Sağlık Raporu 2025 içinde (ed:Kılıç, Ayoğlu, Çamur). Cilt:2, s:621-628. HASUDER, Ankara 2025.
- The Ministry of Health of Türkiye (2025) Health Statistics Yearbook 2024. Republic of Türkiye Ministry of Health General Directorate of Health Information Systems, 2025
- Uddin F, Molyneux S, Murava K, Jemutai J, Berkley JA, Wallson JL et al. (2022) Treatment-seeking and recovery among young undernourished children post-hospital discharge in Bangladesh: A qualitative study. *PLoS One*, 2022 Sep 23;17(9):e0274996.
- Unal B, Ergor G. eds. (2017) Chronic Diseases and Risk Factors Survey in Turkey. Ministry of Health, Turkey, Publication No: 909. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfai.pdf> (ulaşılma tarihi 09.02.2017).
- Yardim N, Erkoc Y. eds. (2011) Policies for Tackling Non-Communicable Diseases and Risk Factors in Turkey. Republic of Turkey Ministry of Health, Directorate General Primary Health Care. Ministry of Health Publication No: 809. Ankara, 2011. [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/1.pdf](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/1.pdf) (ulaşılma tarihi 09.02.2017)
- WHO (2006) Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. World Health Organization (WHO), 2006. [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf?ua=1](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1) (ulaşılma tarihi 09.02.2017)

