



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN İLK
BAŞVURUDA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VEYA ÜÇÜNCÜ BASAMAK
SAĞLIK KURULUŞU TERCİHLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Ömer Adil İLHAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA-2022

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
MERAM TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN İLK
BAŞVURUDA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VEYA ÜÇÜNCÜ BASAMAK
SAĞLIK KURULUŞU TERCİHLERİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Ömer Adil İLHAN

UZMANLIK TEZİ

Danışmanlar

Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

Dr. Öğretim Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

KONYA-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tez çalışmamın her aşamasında bana sonsuz destek olan tez danışmanı sayın hocalarım Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca benim için her türlü çabayı sarf eden emekli öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Ruhuşen KUTLU'ya, eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimini esirgemeyen değerli hocam Sayın Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN'a, asistanlık sürecinde her türlü yardımını sağlayan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ'a teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, tanıştığımız günden itibaren hiçbir konuda yardımlarını esirgemeyen bölümümüzün değerli üyeleri sekreterimiz Birsan Hanım ve hemşiremiz Nurcan Hanım'a teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Psikiyatri, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Cildiye ve Acil Tıp bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bugünlere gelmeme vesile olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili annem Zeliha İLHAN ve sevgili babam Adem İLHAN'a teşekkür ederim. Her zaman yanımda olan ablam Betül Tüzer'e ve abim İbrahim Halil İLHAN'a teşekkür ederim.

Zorlu mesleğim ve uzmanlık eğitimim sebebiyle ailemize desteklerini esirgemeyen kıymetli kayınvalidem ve kayınpederim Necla&Nurettin Şahintürk'e teşekkür ederim.

Attığım her adımda yanı başımda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, yol arkadaşım, sevgili eşim Nida Gizem İLHAN'a ve abla olma yolunda ilerleyen hayatımızın neşesi kızım Leyla İLHAN'a teşekkür ederim.

Ömer Adil İLHAN

ARALIK 2022

ÖZET

ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN HASTALARIN İLK BAŞVURUDA AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ VEYA ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU TERCİHLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ömer Adil İLHAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA- 2022

Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetleri; önleyici ve koruyucu sağlığı barındıran, erişilebilir ve uygun maliyetli sağlık hizmetleridir. Bu çalışmada; üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezi (ASM) veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu tercihlerini etkileyen faktörler incelenerek sağlık sistemi basamaklarının etkin ve sevk zincirine uygun kullanımının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu çalışmanın evrenini, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri erişkinler oluşturdu. Çalışmada; sosyodemografik bilgi formu, genel sağlık sistemi ile ilgili sorular ve aile hekimliği ile ilgili önermelerin olduğu beşli Likert tablo içeren bir anket formu kullanıldı. Anket formu, 28 Aralık 2021- 15 Şubat 2022 tarihleri arasında Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki hastalara uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $41,5 \pm 15,84$ yıl, %65,1'i (n=239) kadın ve %72,2'si (n=265) evliydi. Çalışmaya katılanların %41,4'ü (n=152) ev hanımı ve %62,4'ü (n=229) ise çalışmayan gruptaydı. Anketi cevaplayanların %31,1'i (n=114) acil durumlar dışında ilk başvuruda aile sağlığı merkezlerini tercih ederken %24,8'i (n=91) en sık ASM'den faydalandığını belirtti. Çalışmaya katılanların %62,4'ü (n=229) ASM'ye genellikle ilaç yazdırmak için başvururken %46,3'ü (n=170) muayene amaçlı başvurdu. "Bir sağlık sorunun olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir" önermesine katılımcıların %55'i (n=202) katıldı ve bu önerme ile ASM'ye başvuru sıklığı arasında anlamlı fark vardı (**p=0,026**). "Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim" önermesine katılımcıların %59,4'ü (n=218) katıldı. "ASM'de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır" önermesine katılımcıların %56,4'ü (n=207) katıldı. Katılımcıların %70'i (n=257) ASM'deki çalışanların ilgisinden memnundu.

Sonuç: Bu çalışma üç hastadan birinin acil durumlar dışında ilk başvuruda ASM'yi tercih etmesine rağmen üçüncü basamak hastaneye başvuranların neredeyse yarısının birinci veya

ikinci basamakta çözülebilecek sorunlar için geldiğini göstermesi açısından önemlidir. Aile hekimliğı sisteminin ve sevk zincirinin daha iyi uygulanması durumunda bu oranların değışeceği kesin gibi görölmektedir. Bu da sağık maliyetini ve çıktılarını olumlu yönde destekleyeceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliğı, sevk zinciri, birinci basamak, üçüncü basamak, hasta memnuniyeti

ABSTRACT

AT THE FIRST ADMISSION, FAMILY HEALTH CENTER OR TERTIARY CARE PREFERENCES OF PATIENTS WHO APPLY TO A UNIVERSITY HOSPITAL

Dr. Ömer Adil İLHAN

THE MASTER THESIS

KONYA- 2022

Aim: Primary health care services are accessible and cost-effective that involves preventive and protective health. In this study, it is aimed that evaluation of using healthcare system properly to referral chain and effectively by investigating the factors affecting the family health center (FHC) or tertiary health care institution preferences of the patients who applied to the university hospital.

Materials and Methods: The population of this study, which was planned as a descriptive and cross-sectional study, consisted of adults aged 18 and over who applied to Meram Medical Faculty Hospital. In the study, a questionnaire consisting of a sociodemographic information form, questions about general health system and a questionnaire form containing a five-point Likert table with suggestions about family medicine were used. The questionnaire was applied to the patients in Meram Medical Faculty Hospital between 28 December 2021 and 15 February 2022.

Results: The mean age of the participants was 41.5 ± 15.84 years, 65.1% (n=239) were female, 72.2% (n=265) were married, 41.4% (n=152) were housewives and 62.4% (n=229) were in the non-working group. While 31.1% (n=114) of the respondents stated that they preferred family health centers in the first application, except for emergencies, 24.8% (n=91) stated that they mostly benefited from FHC. While 62.4% (n=229) of the study participants applied to the FHC to prescribe medication, 46.3% (n=170) applied for examination purposes. The rate of those who thought of family physicians first when they had a health problem was 55% (n=202), and there was a significant difference between this rate and the frequency of admission to the FHC ($p=0.026$). While 59.4% (n=218) of the participants agreed with the statement "I can share all my problems with my family doctor", 56.4% (n=207) of the participants agreed with the proposition "An effective solution is provided regarding my complaint in FHC". The rate of the Participants who were satisfied with the attention of the employees in the FHC was 70% (n=257).

Conclusions: This study is important in that it shows that almost half of the patients who apply to the hospital come for problems that can be solved in primary or secondary care. In countries where the family medicine system and referral chain are well implemented, the healthcare system is considered to be sustainable and effective. The family medicine system should be strengthened, the number of family physician specialists should be increased, and the referral chain should be put into practice when sufficient infrastructure is provided.

Keywords: Family medicine, referral chain, primary care, tertiary care, patient satisfaction

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ixx
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	2
2.2. İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	2
2.3. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	2
2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sevk Zinciri	3
2.5. Birinci Basamakta Aile Hekimliği.....	3
2.6. Aile Hekimliği Uzmanlığı.....	5
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	5
3.1. Araştırmanın Şekli	5
3.2. Araştırmanın Evreni.....	5
3.3. Araştırmanın Örneklemi	5
3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri	5
3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam	6
3.6. Veri Toplama Araçları	6
3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	6
3.6.2. Katılımcıların Aile Hekimliği Ve Genel Sağlık Sistemine Dair Görüşleri.....	6

3.6.3. Aile Hekimliği ile İlgili Önermeler İçeren Beşli Likert Tablo	7
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	7
4. BULGULAR.....	7
4.1. Sosyodemografik Verilerin Analizi	7
4.2. Katılımcıların Sağlık Sistemi Kullanımı ile İlgili Sorulara Yönelik Cevaplar.....	9
4.3. Aile Hekimliği Hakkında Görüşlerin İncelendiği Beşli Likert Sorulara Verilen Yanıtlar...13	
4.4. Acil Durumlar Dışında İlk Başvuruda ASM Tercihiyle Sosyodemografik Bilgilerin Karşılaştırılması	17
4.5. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş Ve Eğitim Düzeylerinin Önermelere Verdikleri Cevaplar ile Karşılaştırılması	18
4.6. Katılımcıların Aile Hekimini Bilme Durumları, Aile Hekimini Değiştirme Sebepleri ve ASM Kullanma Sıklıkları ile Önermelere Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	21
5. TARTIŞMA.....	24
6. SONUÇLAR.....	31
7. ÖNERİLER	32
8. KAYNAKLAR	33
9. EKLER.....	37

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

SPSS: Statistical Package For Social Sciences For Windows

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	8
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	9
Tablo 3. Katılımcıların sağlık sistemi kullanımına yönelik sorulara verilen cevapları	10
Tablo 4. Katılımcıların sağlık sistemi kullanımına yönelik cevapları	11
Tablo 5. En sık ASM'den faydalananlar ile ilk başvuruda ASM tercih edenlerin karşılaştırılması	12
Tablo 6. Aile Hekimliği ile İlgili Önermelere Verilen Yanıtlar.....	14
Tablo 7. Aile Hekimliği ile İlgili Önermelere Verilen Yanıtlar.....	16
Tablo 8. İlk başvuruda ASM tercihiyle sosyodemografik bilgilerin karşılaştırılması .	17
Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş Ve Eğitim Düzeylerinin Önermelere Verdikleri Cevaplar ile Karşılaştırılması.....	19
Tablo 10. Katılımcıların Aile Hekimini Bilme Durumları, Değiştirme Sebepleri ve ASM Kullanma Sıklıkları ile Önermelere Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	22

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Katılımcıların hastaneye başvurma nedeni.....	10
Grafik 2. Sağlık kuruluşların en sık tercih edilme durumu ve acil durumlar dışında ilk başvurularda ASM tercihi durumu.....	12
Grafik 3. Genellikle ASM'ye gitme sebebi	13

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri; önleyici ve koruyucu sağlığı barındıran, tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte sunulduğu, erişilebilir ve uygun maliyetli sağlık hizmetleridir (1). Birinci basamak sağlık hizmetleri ülkemizde toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve dispanserler tarafından verilmektedir. Sağlık danışmanlığı, sağlık eğitimi, aşılama, ilk muayene, kronik hastalık takibi, tarama testleri vb. birçok uygulama birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından yapılmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak tanımlanan sağlık hizmetleri ise koruyucu-önleyici hekimlik dışında kalan ve birinci basamakta nihai sonuca ulaştırılamayacak hastalıkların tanı ve tedavisini kapsar. Ülkemizde devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri tarafından yürütülmektedir.

Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinin başında gelir. Bireylerin ilk başvuruda aile hekimliğini tercih etmesi ve sağlık ihtiyacının büyük bir kısmını aile hekimliğinden karşılaması; sağlık hizmetlerinin devamlılığının temelini oluşturur.

Belirli dallarda uzmanlaşmanın artması sonucu bireylerin genel sağlık hizmeti alabildikleri bir uzmanlık dalının gerekliliği ilk defa 1923’de Francis Peabody tarafından ortaya atılmıştır. Bu hizmeti verebilecek aile hekimliği biriminin gelişmesi 1950’li yıllarda başlamış ve 1965’te aile hekimliği ayrı bir uzmanlık olarak İngiltere’de tanınmaya başlamıştır (2).

Ülkemizde, Aile Hekimliği uzmanlığı ilk kez 1985’te Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastanelerinde başlamıştır. Tıp fakültelerinde de aile hekimliği anabilim dallarının 1993 yılında açılmasıyla ülkemizde aile hekimliği uzmanlığı yaygınlaşmaya başlamıştır. Bugün itibarıyla 100’den fazla aile hekimliği anabilim dalı ve eğitim kliniği bulunmaktadır ve beş binden fazla aile hekimliği uzmanının olduğu tahmin edilmektedir (3).

Acil eylem planı “herkese sağlık” sloganıyla 2002 yılında yayınlanmıştır. Bu eylem planında; koruyucu hekimlik, anne-çocuk sağlığı, aile hekimliği, genel sağlık sigortası ön plana çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 2003 yılında kamuoyuna duyurulmuştur. SDP’nin üç temel ayağı vardır. Genel sağlık sigortası, etkin ve sürdürülebilir aile hekimliği ve kamu hastaneleri birlikleri reformu bu üç temel ayağı oluşturur (4).

Hasta memnuniyeti “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır (5).

Sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hasta memnuniyeti yararlı bilgiler verir. Sağlık hizmetinden memnun olan hastalar, doktorunun ve sağlık hizmeti yardımcı elemanlarının önerilerini dikkate alır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyleri, sosyal güvenceleri, gelirleri, yaşadıkları yer, hastalığın boyutu ve hastanelerde yatış süreci hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerdir (6).

Bu çalışmada; üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda ASM veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu tercihlerini etkileyen faktörler incelenerek sağlık sistemi basamaklarının etkin ve sevk zincirine uygun kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Aile hekimliğinde ilk başvuru tercihleri etkileyen faktörler konusunda literatürde az sayıda çalışma bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri; önleyici ve koruyucu sağlığı barındıran, tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte sunulduğu erişilebilir ve uygun maliyetli sağlık hizmetleridir (1).

Bireylerin sağlık eğitimini içeren, tarama testlerinin zamanında ve uygun olarak yapıldığı, aşılama hizmetlerinin sunulduğu, kronik hastalık takiplerinin yapıldığı, bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında kolaylıkla ulaşabildikleri koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin sunulduğu hizmetlerdir. Ülkemizde toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, sağlıklı yaşam merkezleri ve dispanserler bu hizmet sınıfında öne çıkan birimlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri; temel sağlık hizmetleri adı altında 1978 de Alma Ata Konferansı'nda ele alınmıştır. Bütüncül bir yaklaşım temelinde sürdürülebilir, kuşatıcı, ulaşılması kolay, kullanıma toplumun dâhil edildiği ve sevk zinciri başlıklarını içeren bir tanımlama yapılmıştır (7).

2.2 İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetlerinde sunulamayan; uzman görüşü, ayrıntılı görüntüleme ve tetkik, sınıflandırılmış hasta takibi, yataklı ünite vb. amaçlar için verilen sağlık hizmetleridir. Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel kuruluşlara bağlı hastaneler ve eğitim araştırma hastaneleri tarafından yürütülmektedir.

Birinci basamak dışındaki sağlık hizmetleri de kendi içerisinde uzman ve yan dal yeterliliği, görüntüleme ve malzeme yeterliliği, yataklı ünite genişliği, öğretim üyelerinin hizmet verip vermeme durumuna göre ayrışır. Akademik unvana sahip olan veya olmayan öğretim üyeleri; eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinde hizmet vermekte olup ikinci basamakta uzman görüşü sonrası sevk edilen hastaların tanı-takip-tedavisini sağlamaktadır.

2.3 Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri 1961-2003 yılları arasında sağlık ocağı merkezli sürdürülmüştür. Köy tipi, ilçe tipi ve il tipi olmak üzere üç grupta oluşan bu sistemde koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte tanı-tedavi içeren sağlık hizmetleri amaçlanmıştır (8). SDP’de; sağlık ocağı alt yapısını kullanarak bireylerin sağlık kaydının tutulduğu, kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılmasına kolaylık sağlayan aile hekimliği sistemi ön plana çıkmıştır (9).

Aile hekimliği pilot uygulaması ilk kez 2005 yılında Düzce’de başlamış olup il sayısı her yıl kademeli artmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçen il sayısı 2010 yılına kadar 46’yı bulmuştur. 2010 yılı sonlarında tüm ülkede aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır (10).

2.4 Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sevk zinciri

SDP acil eylem planı 2002 yılında “herkese sağlık” sloganıyla Türkiye’de ilan edilmiştir. Aile hekimliği, genel sağlık sigortası, koruyucu hekimlik, anne-çocuk sağlığı vb. başlıkların ön plana çıktığı acil eylem planıyla SDP’nin temeli atılmıştır. 2003 yılında kamuoyuna duyurulan SDP’nin üç temel ayağı; genel sağlık sigortası, etkin ve sürdürülebilir aile hekimliği uygulaması ve kamu hastaneleri birliklerinin oluşmasıdır (9).

SDP ile sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmıştır. Etkinlik kavramı; halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi olarak tanımlanmış, anne-bebek ölümlerinin azaltılması ve doğum anında beklenen yaşam ömrünün uzatılması etkinliğin en önemli göstergeleri olarak kabul edilmiştir. Verimlilik kavramı; insan kaynaklarının uygun dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları ile öne çıkmıştır. Hakkaniyet kavramı; bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşabilmeleri ve sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanına mali güçleri oranında katkı sağlamaları olarak değerlendirilmiştir. Kırsal-kentsel, doğu-batı, farklı sosyokültürel yapı gibi farklılıklar arasındaki sağlık göstergeleri farkının azaltılması amaçlanmıştır (9).

Aile hekimliği sistemi, sevk zinciri uygulamasının temelini oluşturur. Sevk zinciri ile sağlık hizmet harcamalarının azalması ve ikinci ve üçüncü basamakta daha etkin hizmet verilmesi amaçlanmaktadır. Bir günde muayene olan hasta sayısının ve acil servis başvurularının azalması sevk zincirinin getirileri arasında görülmektedir (11). Günümüzde ülkemizde sevk zinciri aktif ve etkin olarak kullanılmamaktadır.

2.5 Birinci Basamakta Aile Hekimliği

DSÖ Çerçeve Bildirgesi’nde tanımlanan aile hekimliği özellikleri ve açıklamaları aile hekimliğinin ilkeleri açısından önemlidir (12). Bu ilkeler;

1. Genele yönelik:

- * Tüm nüfusun sınıflandırılmamış sağlık sorunları ile ilgilenme
- * Yaş, cinsiyet, ırk, din veya herhangi bir sağlık sorunu ayrımı yapmama
- * Sosyoekonomik veya parasal herhangi bir engelle kısıtlanmayan, kolay erişilebilir

2. Sürekli:

- * Birey odaklı
- * Bir sağlık sorunu süresiyle sınırlanmayan, yaşam döneminin her aşamasında sağlık hizmeti sunma

3. Kapsamlı:

- * Sağlığı geliştiren, koruyucu hekimlik yapan, iyileştirici ve destekleyici sağlık hizmeti
- * Biyopsikososyal bakış açısını hedef alan
- * Hasta- hekim ilişkisinde klinik, insani ve etik değerleri kapsayan bütünsel bir sağlık hizmeti

4. Koordine:

- * İlk muayenede gerekli müdahaleyi yapabilme
- * Gerektiğinde ilgili uzmana sevk
- * Hasta ve hasta yakınlarına yürütülen hizmetler ile ilgili bilgi verme

5. İşbirliği yapabilen:

- * Multidisipliner bir yaklaşım ile çalışan
- * Sağlık hizmetini ekip ve görev dağılımı ile yürütebilen
- * Liderlik yapabilen

6. Aile Yönelimli Bakım:

- * Karşılaşılan her sorunu aile yapısı, sosyal ve kültürel yapı, iş ve ev koşulları bağlamında ifade etme

7. Toplum Yönelimli Bakım:

- * Toplum sağlığını önceleyen
- * Diğer çalışanları ve kuruluşları da dikkate alması gerektiğini bilen aile hekimliği uygulamasıdır (12, 13).

Günümüzde aile hekimliği sisteminde adrese dayalı kayıt modeli uygulanmaktadır. Her bireyin bir aile hekimi mevcuttur. Bireylerin sosyodemografik bilgilerine ve sağlık kayıtlarına bireylerin izni dahilinde ulaşılabilir (14).

Aile hekimi, birimine kayıtlı bireylerin yaşlarına göre gerekli tarama testlerini takip eder. Tarama testine uygun bir zaman diliminde hastayı ASM'ye davet eder ve tarama işlemini gerçekleştirir. Tarama testlerinde saptanan akut veya kronik bir hastalığın takibini yapabilecek bilgi yeterliliğine ve fiziki yeterliliğe sahipse hastanın hastalığını takip eder. Eğer saptanan hastalık özel bir uzmanlık dalı gerektiriyorsa veya daha ileri tetkik gerekiyorsa hastayı sevk eder. Benzer şekilde aşılama uygulamasında da çocukluk çağı aşılarını, mevsimsel aşıları ve bireye özgü aşıları takip eder. Hastayı uygun bir zamanda ASM'ye davet eder ve aşılamayı gerçekleştirir. Aşılama işleminin sisteme entegrasyonunu sağlar ve aşılama işlemi kayıt altına alınır (15).

Aile hekimi, nüfusunda kayıtlı bulunan bireylerden kronik hastalıkları olanları tespit eder. Takibi ASM'de yapılabilecek kronik hastalıkların takibini yapar. Kronik hastalığa sahip hastaların tedavilerini düzenler ve daha önce düzenlenmiş tedavilerin devamlılığını sağlar. Hastalara, kronik hastalıklar hakkında danışmanlık yapar ve eğitim verir (16).

Çocuk hastalarda büyüme ve gelişmeyi takip eder ve not alır (15). Yetersiz beslenme, kilo alamama, obezite tespit edilirse beslenme alışkanlıklarını sorgular ve düzenlemeler yapar. Yine çocuk hastalarda belirli periyotlarda yapılan muayenelerde bir hastalığa işaret edecek bulgular saptanırsa gerekli tetkik ve araştırmaları yapar veya çocuk uzmanına yönlendirir (16).

Gebelerde; gebelik öncesi eğitimi, gebelikteki rutin takipleri gerçekleştirir. Aile hekimi gebelik sürecinde gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili bilgi verir. Gebeye beslenme ve fiziksel aktivite tavsiyeleri verir. Gebe ihtiyaç duyduğunda aile hekimi veya aile sağlığı çalışanına ulaşabilir ve danışmanlık alabilir (17).

Aile hekimi, nüfusundaki hastaları belirli periyotlar ile muayene eder ve her muayenede hastanın biyopsikososyal yapısına göre hastaya sağlık eğitimi verir. Beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını sorgular, not alır ve önerilerle daha yüksek bir sağlık eğitimi kazanımını amaçlar. Madde kullanımını sorgular, gerektiğinde danışmanlık yapar ve ilgili birimlere yönlendirir (18). Evlenecek veya evli bireylere aile danışmanlığı yapar. Aile danışmanlığında bireylere planlı gebelik, etkin korunma hakkında bilgi verir (15).

Kısacası aile hekimliği; hastanın acil hizmetler dışında sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu her anda kolaylıkla ulaşabildiği, danışmanlık alabildiği, birinci basamakta gerçekleştirilebilecek sağlık ihtiyacını giderdiği ve bireylerin biyopsikososyal açıdan değerlendirildiği bir sağlık hizmetidir.

2.6 Aile Hekimliği Uzmanlığı

Dünya Aile Hekimliği Örgütü (World Organization of Family Doctors, WONCA) olarak bilinen kuruluşa göre aile hekimliği; özgün eğitim basamakları, araştırmaları, kanıta dayalı ve klinik uygulamaya dayanan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa yönelik bir klinik uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır (13).

Aile hekimliği uzmanlığı fikri, belirli dallarda uzmanlaşmanın artışı sonucu Francis Peabody tarafından ortaya atılmıştır. Aile hekimliği birimi ilk kez 1950'lerde başlamış, 1965 yılında da aile hekimliği ayrı bir uzmanlık olarak tanınmıştır (2).

Ülkemizde, Aile Hekimliği uzmanlığı ilk kez 1985 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim araştırma hastanelerinde başlamıştır. Tıp fakültelerinde de aile hekimliği anabilim dallarının 1993 yılında açılmasıyla ülkemizde aile hekimliği uzmanlığı gelişmeye başlamıştır. Bugün itibarıyla 100'den fazla aile hekimliği anabilim dalı-eğitim kliniği bulunmaktadır ve beş binden fazla aile hekimliği uzmanının olduğu tahmin edilmektedir (3).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma 28 Aralık 2021- 15 Şubat 2022 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Yeni Hastane binasına başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturdu.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya %5 hata payı, %95 güven aralığı ile en az 377 kişi dahil edilmesi gerektiği hesaplandı ancak boş bırakılan ya da eksik doldurulan anketler olabileceği düşünülerek %10 artışla yaklaşık 400 kişi alınması planlandı.

Meram Tıp Fakültesi yeni hastane binasındaki poliklinik katlarında bekleme alanındaki hastalara yüzyüze görüşme tekniği ile anket uygulandı. Anket formu küçük bir grupta sınanarak işlerliği kontrol edildi. Literatür taranarak geliştirilen anket formunu cevaplamak yaklaşık on dakika sürdü. Etik kurul onayından sonra, anketler araştırmacı tarafından gönüllülük temelinde uygulandı.

3.4. Çalışmaya Alınmama Kriterleri

1. Bilinci kapalı veya anket sorularına cevap veremeyecek durumda olma
2. Hasta refakatçisi olma
3. Gebe olma (Rutin gebelik takipleri aile sağlığı merkezlerinde zorunlu yapıldığı için gebeler çalışmaya dahil edilmedi.)

3.5. Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 17.12.2021 tarih 2021/3554 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurulu onaylıdır (EK.1).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan anket formu üç bölümdü:

1. Sosyodemografik bilgi formu
2. Katılımcıların aile hekimliğine ve genel sağlık sistemine dair görüşleri
3. Aile hekimliği ile ilgili kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, emin değilim, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum şeklinde beşli Likert tipi yanıtlanan 16 önerme (EK.2)

3.6.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu form 11 soruydu. Formun içeriğinde katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, kronik hastalık durumu, araç sahibi olma durumu ve Konya’da bulunma sebebi ilgili tanımlayıcı sorular yer aldı.

Açık uçlu olarak sorulan meslek ve kronik hastalık sorularına verilen yanıtlar tasnif edilerek istatistik yapıldı.

3.6.2. Katılımcıların Aile Hekimliği Ve Genel Sağlık Sistemine Dair Görüşleri

Bu bölüm 10 soruydu. Katılımcılara hangi bölüme ve neden başvurduğu, aile hekimini ve hekiminin uzmanlığını bilme durumu, aile hekimini değiştirme durumu ve değiştirdiyse neden değiştirdiği, ASM’ye başvuru sıklığı, ilk başvuruda hangi sağlık kuruluşunu tercih ettiği, en sık hangi sağlık kuruluşundan faydalandığı ve ASM’ye genellikle gitme sebebi ile ilgili sorular yöneltildi.

Açık uçlu olarak sorulan başvurduğu bölüm sorusuna verilen yanıtlar dahili ve cerrahi olmak üzere ikiye ayrıldı. Bu hastaneye başvurma nedenine dair sorulan açık uçlu soruya verilen yanıtlar ise kronik hastalık, sevk, memnuniyet, cerrahi, ulaşım kolaylığı ve muayene olarak kategorize edildi. Baş ağrısı, karın ağrısı, boğaz ağrısı vb. semptomlar ile belirtilen başvurma nedenleri muayene sınıfında değerlendirildi.

Açık uçlu olarak sorulan aile hekimini değiştirme nedeni sorusuna verilen yanıtlar adres değişikliği, hekimden memnun olmama, hekim ayrılması ve diğer nedenler olarak gruplandı.

İlk başvuruda tercih edilen kurum, en sık kullanılan sağlık kuruluşu ve ASM’ye genellikle başvuru nedeni sorularında birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

3.6.3. Aile Hekimliği ile İlgili Önermeler İçeren Beşli Likert Tablo

Hastaların kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezlerini düşünerek cevaplandırması istenen bu kısımda aile hekimliği ile ilgili 16 önerme bulunmaktaydı. Katılımcıların kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, emin değilim, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum cevaplarından birini seçmesi istendi.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde cinsinden analiz edildi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda Independent Samples-t Test ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 439 gönüllü hasta katıldı. Anketi eksik dolduran 72 kişi çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 367 kişinin verileri değerlendirmeye alındı.

4.1. Sosyodemografik

Verilerin

Analizi

Katılımcıların yaş ortalaması $41,5 \pm 15,84$ yılı ve “35 yaş ve altı”, “36 yaş ve üstü” olarak gruplandırılarak istatistiksel analizi yapıldı. Anketi cevaplayanların %65,1'i (n=239) kadın ve %72,2'si (n=265) evliydi. Çalışmaya katılanların %72,2'sinin (n=265) çocuğu vardı. Katılımcıların %41,4'ü (n=152) ev hanımıydı. Katılımcıların meslekleri (memur, esnaf, işçi) ve çalışmayan (ev hanımı, öğrenci, emekli, işsiz) olarak gruplandırıldı ve %62,4'ü (n=229) çalışmayan gruptaydı. Eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olanların oranı %30,8'di (n=113). İstatistiksel analiz için eğitim düzeyi; “ortaokul ve altı” ve “lise ve üstü” şeklinde iki gruba ayrıldı. Çalışmaya katılanların %60,5'i (n=222) il merkezinde, %39,5'i (n=145) ise ilçe ve köylerde ikamet ediyordu. Tablo 1'de katılımcılara ait sosyodemografik veriler görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	128	34,9
Kadın	239	65,1
Yaş		
18-25	61	16,6
26-35	89	24,3
36-45	83	22,6
46-64	98	26,7
65 ve üzeri	36	9,8
Meslek		
Ev hanımı	152	41,4
Memur	71	19,3
Esnaf	36	9,8
Öğrenci	34	9,3
İşçi	31	8,5
Emekli	30	8,2
İşsiz	13	3,5
Eğitim düzeyi		
İlkokul	123	33,5
Ortaokul	50	13,6
Lise	81	22,1
Yüksekokul/Üniversite	113	30,8
Medeni durum		
Evli	265	72,2
Bekâr	102	27,8
Çocuğu olma durumu		
Evet	265	72,2
Hayır	102	27,8
Yaşadığı yer		
İlçe Merkezi	145	39,5
İl Merkezi	222	60,5
Toplam	367	100

Çalışmaya katılanların %44,1'inin (n=162) bir kronik hastalığı vardı. Kronik hastalığın var diyenlerin hastalıklarını açık uçlu olarak yazması istendi. Belirtilen kronik hastalıklar; bölüme göre sınıflandırıldı. Hastaların %70,3'ünün (n=258) kendisinin ya da hanedeki birisine ait taşıtı vardı. Katılımcıların %74,7'si (n=274) Konya'da ikamet ediyordu. Tablo 2'de katılımcıların kronik hastalık durumu, araç sahibi olma durumu ve Konya'da bulunma sebebi gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Kronik hastalık	n	%
Evet	162	44,1
Hayır	205	55,9
Kronik hastalık sınıfı*		
Endokrinolojik (Diyabet, Tiroit)	45	28,0
Kardiyovasküler	21	13,0
Romatolojik	20	12,0
Astım-KOAH	15	9,0
Malignite	11	7,0
GİS	9	6,0
Diğer (Sınıflandırılmayan ve cevapsız)	41	25,0
Araca sahip olma durumu		
Evet	258	70,3
Hayır	109	29,7
Konya'da bulunma sebebi		
Burada oturuyorum	274	74,7
Misafirim	93	25,3

***Kronik hastalığı olan 162 kişinin cevabı sınıflandırılmıştır.**

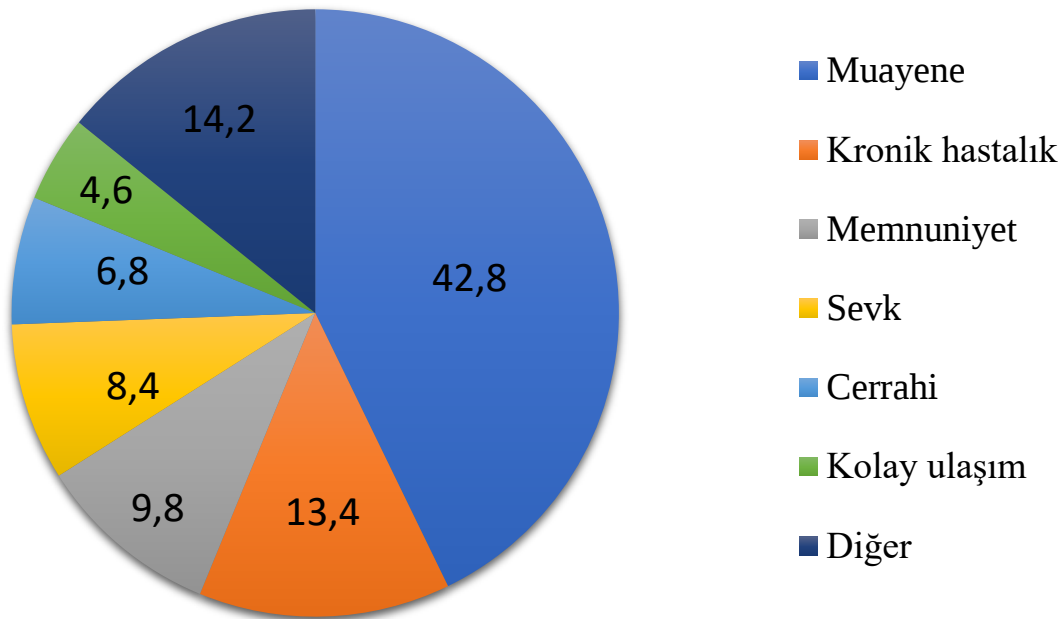
4.2. Katılımcıların Sağlık Sistemi Kullanımı ile İlgili Sorulara Yönelik Cevaplar

Katılımcıların %65,4'ü (n=240) dahili bölümlerden birisine, %42,8'i (n=157) sevk veya kronik hastalıkla ilişkisiz muayene olmak için hastaneye başvurdu. Katılımcıların %92,1'i (n=338) bir bölüme başvurmuştu. Tablo 3'de katılımcıların sağlık sistemi kullanımına yönelik sorulara verdikleri cevaplar görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların sağlık sistemi kullanımına yönelik sorulara verilen cevaplar

Hastanede başvurduğu bölüm	n	%
Dahili	240	65,4
Cerrahi	127	34,6
Hastaneye başvurma nedeni		
Muayene için başvuru	157	42,8
Kronik hastalık kontrolü	49	13,4
Önceki deneyimden memnuniyet	36	9,8
Sevk edilme	31	8,4
Ameliyat/Cerrahi	25	6,8
Ulaşım kolaylığı	17	4,6
Diğer	25	6,8
Cevap vermeyenler	27	7,4
Birden çok bölüme başvurma durumu		
Evet	29	7,9
Hayır	338	92,1

Katılımcıların hastaneye başvurma nedenleri Grafik 1’de gösterilmiştir.



Grafik 1. Katılımcıların hastaneye başvurma nedeni

Katılımcıların %89,1'i aile hekimlerinin kim olduğunu bildiğini, %46,9'u (n=172) aile hekimlerini uzman olduğunu belirtirken %36'sı (n=135) aile hekimlerinin uzmanlık durumunu bilmiyordu. Anketi cevaplayanların %59,4'ü (n=218) daha önce aile hekimini değiştirmemişti. Aile hekimini değiştiren katılımcıların %65,5'i (n=93) adres değişikliği sebebiyle hekimlerini değiştirirken %20,4'ü (n=29) ise hekimden memnun olmama sebebiyle aile hekimlerini değiştirmişti. Tablo 4'de katılımcıların sağlık sistemi kullanımına yönelik cevapları gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sağlık sistemi kullanımına yönelik cevapları

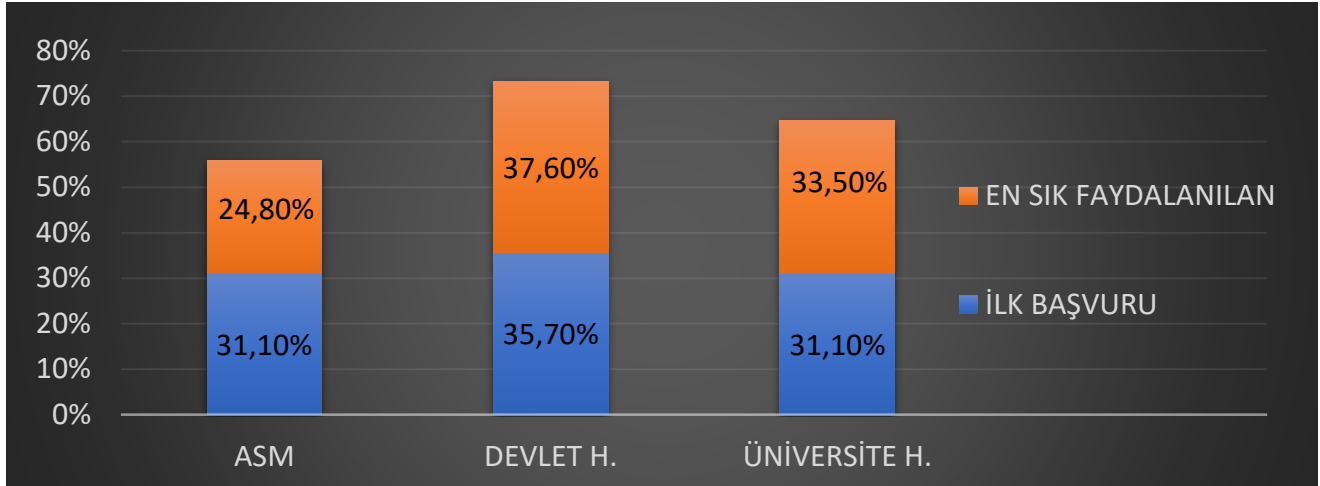
Aile hekiminin kim olduğunu bilme durumu	n	%
Evet	327	89,1
Hayır	40	10,9
Aile hekiminin uzmanlık durumu		
Uzman aile hekimi	172	46,9
Pratisyen aile hekimi	60	16,3
Bilmiyor	135	36,8
Aile hekimini değiştirme durumu		
Evet, değiştirdi	149	40,6
Hayır, değiştirmede	218	59,4
Değiştirenlerin değiştirme sebebi*		
Adres değişikliği	93	65,5
Hekimden memnun olmama	29	20,4
Hekimin ayrılması	10	7,0
Diğer nedenler	10	7,0
ASM'ye başvuru sıklığı		
Hiç başvurmayan	28	7,6
Yılda 1-5 kez	200	54,5
Yılda 6 ve daha fazla	139	37,9

***Aile hekimini değiştirme sebebini 142 kişi cevaplamıştır.**

Acil durumlar dışında ilk başvuruda; katılımcıların %35,7'si (n=131) devlet hastanelerini tercih ederken %31,1'i (n=114) aile sağlığı merkezlerini tercih etmişti. Üniversite hastaneleri/egitim araştırma hastanelerinin ilk başvuruda tercihi ise %31,1'di (n=114).

En sık faydalanılan sağlık kuruluşu olarak; katılımcıların %37,6'sı (n=138) devlet hastanelerini tercih ederken %33,5'i (n=123) üniversite hastaneleri / eğitim araştırma hastanelerini tercih etti. En sık faydalanılan sağlık kuruluşunu, ASM olarak belirtenlerin oranı ise %24,8'di (n=91).

Acil durumlar dışında ilk başvuruda ASM kullanımı ve en sık faydalanılan sağlık kuruluşu tercihleri Grafik 2'de gösterilmiştir.



Grafik 2. Sağlık kuruluşların en sık tercih edilme durumu ve acil durumlar dışında ilk başvurularda ASM tercihi durumu

* İLK BAŞVURU: Acil durumlar dışında ilk başvuruda ASM tercih edenler

* EN SIK FAYDALANILAN: En sık faydalanılan sağlık kuruluşu

ASM'den en sık faydalananların %73,6'sı (n=67) ilk başvuruda ASM'yi tercih etmişti. İlk başvuruda ASM'yi tercih etmeyenlerin %83'ü (n=229) ASM'den sık faydalanmamıştı.

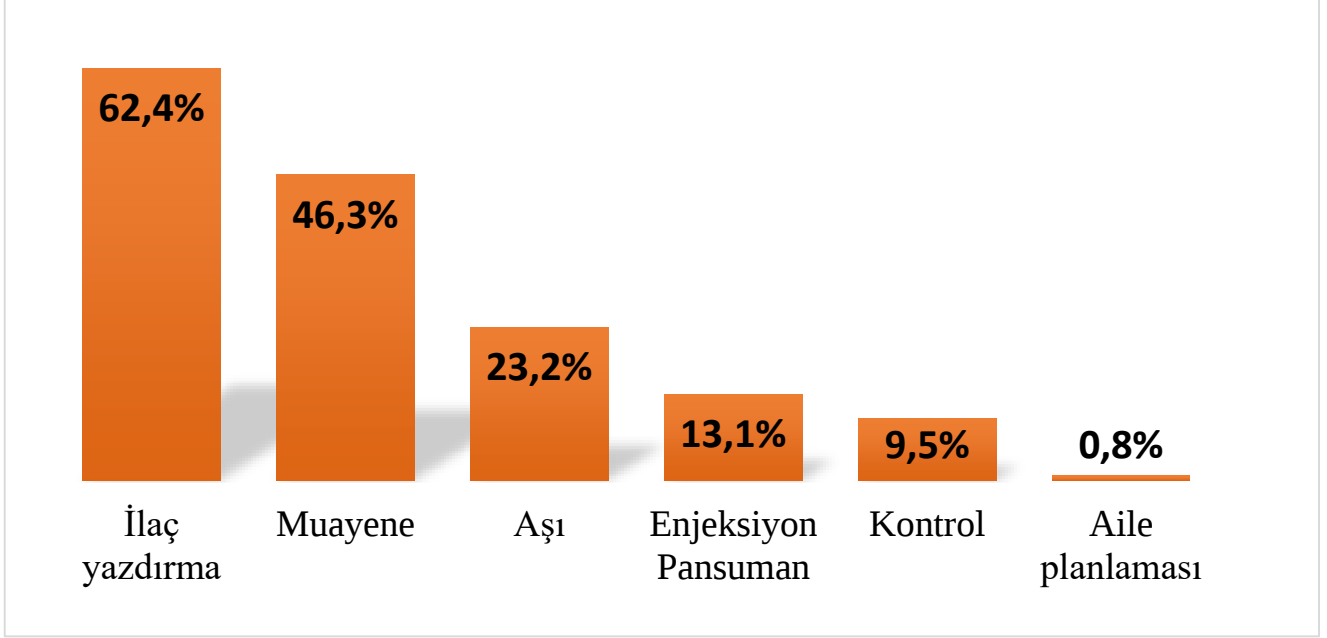
ASM'den sık faydalananlarda; ilk başvuruda ASM'yi tercih edenlerin oranı (%73,6) tercih etmeyenlerin oranına (%26,4) göre yüksekti ($p < 0,001$). ASM'den en sık faydalananlar ile ilk başvuruda ASM tercih edenlerin karşılaştırılması Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. En sık ASM'den faydalananlar ile ilk başvuruda ASM tercih edenlerin karşılaştırılması

En sık ASM'den faydalananlar	İlk başvuruda ASM'yi tercih edenler			p
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Toplam	<0,001
Evet	67 (73,6)	24 (26,4)	91 (100)	
Hayır	47 (17,0)	229 (83,0)	276 (100)	

*Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılanların %62,4'ü (n=229) ASM'ye genellikle ilaç yazdırmak için başvururken %46,3'ü (n=170) muayene amaçlı başvurmuştu. Katılımcıların başvuru sebepleri %23,2'si için (n=85) aşı, %13,1'i için (n=48) enjeksiyon-pansuman, %9,5'i için (n=35) kontrol ve %0,8'i için (n=3) aile planlamasıydı. Genellikle ASM'ye gitme sebepleri Grafik 3'de gösterilmiştir.



Grafik 3. Genellikle ASM'ye gitme sebebi

4.3. Aile Hekimliği Hakkında Görüşlerin İncelendiği Beşli Likert Tipi Sorulara Verilen Yanıtlar

“ASM evime uzak” önermesine katılımcıların %30'u (n=110) kesinlikle katılmıyorum yanıtını verdi. “Aile hekimimde çözülemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim” önermesine katılımcıların %54,8'inin (n=201) kesinlikle katılmadı.

Çalışmaya katılanların %35,7'si (n=131) “ASM'ye randevusuz gidebilirim” önermesine kesinlikle katılıyorum yanıtını verdi.

“Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim” önermesine katılımcıların %29,2'sinin kesinlikle katılıyorum diye yanıtladı.

Aile hekimliği hakkında görüşlerin incelendiği sorulara verilen yanıtlar beşli Likert şeklinde Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6. Aile Hekimliği ile İlgili Önermelere Verilen Yanıtlar

Aile Hekimliği Hakkında Görüşler ile İlgili Önermeler	Kesinlikle katılıyorum		Katılıyorum		Emin değilim		Katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bir sağlık sorunum olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir.	99	27	103	28,1	58	15,8	68	18,5	39	10,6
ASM evime uzak.	49	13,4	64	17,4	28	7,6	116	31,6	110	30,0
Aile hekimimde çözilemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim.	201	54,8	123	33,5	18	4,9	15	4,1	10	2,7
ASM'nin donanımı yetersiz.	74	20,2	77	21,0	102	27,8	79	21,5	35	9,5
Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun.	31	8,4	29	7,9	51	13,9	140	38,1	116	31,6
Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim.	107	29,2	111	30,2	76	20,7	47	12,8	26	7,1
Aile hekimim hastanedeki doktorlara göre daha uzun muayene eder.	37	10,1	68	18,5	121	33,0	84	22,9	57	15,5
ASM'ye randevusuz gidebilirim.	131	35,7	99	27,0	35	9,5	61	16,6	41	11,2
Kronik hastalık (tansiyon, şeker, kolesterol vb.) takiplerinin ASM'de yapılması gerektiğini düşünüyorum.	158	43,1	101	27,5	50	13,6	32	8,7	26	7,1
ASM'de pansuman, yara bakımı, dikiş alma gibi işler yapılabilir.	132	36,0	120	32,7	79	21,5	23	6,3	13	3,5
ASM'de dikiş atma, tırnak çekme vb. işler yapılabilir.	54	14,7	45	12,3	180	49,0	46	12,5	42	11,4
Aile hekimimi yakınlarıma, komşularıma, tanıdıklarına tavsiye ederim.	111	30,2	118	32,2	85	23,2	30	8,2	23	6,3
Üniversite hastanelerinde ödediğim katkı payı aile hekimliğine göre daha fazladır.	72	19,6	62	16,9	189	51,5	27	7,4	17	4,6
Hastaneye başvurabilmek için aile hekiminin sevkı gerekmez.	111	30,2	114	31,1	89	24,3	32	8,7	21	5,7
ASM'deki çalışanların ilgisinden memnunum.	119	32,4	138	37,6	57	15,5	28	7,6	25	6,8
ASM'de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır.	81	22,1	126	34,3	98	26,7	40	10,9	22	6,0

Daha güvenilir sonuçlara ulaşabilmek için “tamamen katılıyorum ve katılıyorum” birleştirilerek “*katılanlar*” olarak “katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum” da “*katılmayanlar*” şeklinde değiştirildi. Sonuç olarak anket formuna verilen cevaplar “*katılanlar, emin olmayanlar ve katılmayanlar*” olmak üzere üç grupta toplandı.

“Bir sağlık sorunun olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir” önermesine katılımcıların %55’i (n=202) katıldı. “ASM evime uzak” önermesine katılımcıların %61,6’sı (n=226) katılmadı. “Aile hekimimde çözülemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim” önermesine katılımcıların %88,3’ü (n=324) katıldı.

“Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun” önermesine katılımcıların %69,8’i (n=256) katılmadı. “Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim” önermesine katılımcıların %59,4’ü (n=218) katıldı. “ASM’ye randevusuz gidebilirim” önermesine katılımcıların %62,7’si (n=230) katıldı.

Kronik hastalık takibinin ASM’de yapılması gerektiğini düşünenlerin oranı %70,6’ydı (n=259). Katılımcıların %68,7’si (n=252) pansuman, yara bakımı ve dikiş alma gibi işlemlerin ASM’de yapıldığını düşünürken, %49’u (n=180) dikiş atma, tırnak çekme vb. işlemlerin yapılıp yapılmadığına emin olamadı.

“Aile hekimimi tavsiye ederim” önermesine katılımcıların %62,4’ü (n=229) katıldı. Katkı payı ile ilgili önermede katılımcıların %51,5’i (n=189) emin değildi. Hastane başvurusunda aile hekiminin sevki gerekmez” önermesine katılımcıların %61,3’ü (n=225) katıldı. Katılımcıların %70’i (n=257) ASM’deki çalışanların ilgisinden memnundu. “ASM’de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır” önermesine katılımcıların %56,4’ü (n=207) katıldı.

Tablo 7’da katılımcıların aile hekimliği hakkındaki görüşlerin incelendiği önermelere verdikleri yanıtlar üçlü Likert tipinde gösterilmiştir.

Tablo 7. Aile Hekimliği ile İlgili Önermelere Verilen Yanıtlar

Aile Hekimliği Hakkında Görüşler ile İlgili Önermeler	Katılanlar		Emin olmayanlar		Katılmayanlar	
	n	%	n	%	n	%
Bir sağlık sorunun olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir.	202	55	58	15,8	107	29,2
ASM evime uzak.	113	30,8	28	7,6	226	61,6
Aile hekimimde çözülemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim.	324	88,3	18	4,9	25	6,8
ASM'nin donanımı yetersiz.	151	41,1	102	27,8	114	31,1
Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun.	60	16,3	51	13,9	256	69,8
Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim.	218	59,4	76	20,7	73	19,9
Aile hekimim hastanedeki doktorlara göre daha uzun muayene eder.	105	28,6	121	33,0	141	38,4
ASM'ye randevusuz gidebilirim.	230	62,7	35	9,5	102	27,8
Kronik hastalık (tansiyon, şeker, kolesterol vb.) takiplerinin ASM'de yapılması gerektiğini düşünüyorum.	259	70,6	50	13,6	58	15,8
ASM'de pansuman, yara bakımı, dikiş alma gibi işler yapılabilir.	252	68,7	79	21,5	36	9,8
ASM'de dikiş atma, tırnak çekme vb. işler yapılabilir.	99	27,0	180	49,0	88	24,0
Aile hekimimi yakınlarıma, komşularıma, tanıdıklarına tavsiye ederim.	229	62,4	85	23,2	53	14,4
Üniversite hastanelerinde ödediğim katkı payı aile hekimliğine göre daha fazladır.	134	36,5	189	51,5	44	12,0
Hastaneye başvurabilmek için aile hekiminin sevkı gerekmez.	225	61,3	89	24,3	53	14,4
ASM'deki çalışanların ilgisinden memnunum.	257	70,0	57	15,5	53	14,4
ASM'de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır.	207	56,4	98	26,7	62	16,9

4.4. Acil Durumlar Dışında İlk Başvuruda ASM Tercihiyle Sosyodemografik Bilgilerin Karşılaştırılması

Katılımcılara acil durumlar dışında ilk başvuruda hangi sağlık kuruluşunu tercih ettiği soruldu. İlk başvuruda ASM'yi tercih eden katılımcılarda çalışmayan grupta olanların oranı (%71,9) çalışan grubun oranına (%28,1) göre anlamlı yüksekti (**p=0,011**). Tablo 8'de acil durumlar dışında ilk başvuruda ASM tercihiyle sosyodemografik bilgilerin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 8. İlk başvuruda ASM tercihiyle sosyodemografik bilgilerin karşılaştırılması

SOSYODEMOGRAFIK VERİLER		İLK BAŞVURUDA		p
		Tercih eden n (%)	Tercih etmeyen n (%)	
Cinsiyet	Erkek	38 (31,6)	92 (36,4)	0,792
	Kadın	78 (68,4)	161 (63,6)	
Yaş	35 ve altı	44 (38,6)	106 (41,9)	0,354
	36 ve üstü	70 (61,4)	147 (58,1)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	32 (28,1)	106 (41,9)	0,011
	Çalışmıyor	82 (71,9)	147 (58,1)	
Eğitim düzeyi	Ortaokul altı	55 (48,2)	118 (46,6)	0,776
	Lise ve üzeri	59 (51,8)	135 (53,4)	
Medeni durum	Evli	82 (71,9)	183 (72,3)	0,937
	Bekâr	32 (28,1)	70 (27,7)	
Çocuk varlığı	Evet	82 (71,9)	183 (72,3)	0,937
	Hayır	32 (28,1)	70 (27,7)	
Yaşadığı yer	İl merkezi	71 (62,3)	151 (59,7)	0,638
	İlçe ve köy	43 (37,7)	102 (40,3)	
Kronik hastalık durumu	Var	45 (39,5)	117 (46,2)	0,227
	Yok	69 (60,5)	136 (53,8)	
Araca sahip olma durumu	Var	85 (74,6)	173 (68,4)	0,230
	Yok	29 (25,4)	80 (31,6)	
Konya'da bulunma sebebi	Konya'da oturuyor	90 (78,9)	184 (72,7)	0,205
	Misafir	24 (21,1)	69 (27,3)	
TOPLAM		114 (100)	253 (100)	

* Ki-kare testi kullanılmıştır.

4.5. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş Ve Eğitim Düzeylerinin Önermelere Verdikleri Cevaplar ile Karşılaştırılması

“Bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir” önermesine katılıp katılmama durumu ile yaş grupları arasında anlamlı fark elde edildi ($p=0,003$). Aynı önermeye katılıp katılmama durumu ile eğitim düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,007$).

ASM’de çözülemeyecek sorunlar için başka hastanelere gitme durumları ile yaş grupları arasında anlamlı fark mevcuttu ($p=0,047$).

ASM’nin donanımı yetersiz olduğunu düşünme durumu ile cinsiyet arasında anlamlı fark tespit edildi ($p=0,022$).

“Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun” önermesine katılıp katılmama durumu ile eğitim düzeyi arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,003$).

Üniversite hastanelerinde ödediği katkı payı ASM’den daha fazla olduğunu düşünme durumu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0,001$).

“Hastaneye başvurabilmek için aile hekiminin sevkı gerekmez” önermesine katılıp katılmama durumu ile yaş arasında anlamlı fark tespit edildi. ($p=0,032$).

“ASM’deki çalışanların ilgisinden memnunum” önermesine katılıp katılmama durumu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,033$).

Tablo 9’da katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim düzeylerinin, önermelere verdikleri cevaplar ile karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş Ve Eğitim Düzeylerinin Önermelere Verdikleri Cevaplar ile Karşılaştırılması		Cinsiyet			Yaş			Eğitim düzeyi		
		Erkek n (%)	Kadın n (%)	P	35 ve altı n (%)	36 ve üstü n (%)	P	Ortaokul ve altı n (%)	Lise ve üzeri n (%)	P
Bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir.	Katılan	67 (52)	135 (57)	0,222	68 (45)	134 (62)	0,003	110 (64)	92 (47)	0,007
	Emin Değil	26 (21)	32 (13)		33 (22)	25 (11)		21 (12)	37 (19)	
	Katılmayan	35 (27)	72 (30)		49 (33)	58 (27)		42 (24)	65 (34)	
ASM evime uzak.	Katılan	37 (29)	76 (32)	0,849	37 (25)	76 (35)	0,105	61 (35)	52 (27)	0,173
	Emin Değil	10 (8)	18 (7)		13 (9)	15 (7)		14 (8)	14 (7)	
	Katılmayan	81 (63)	145 (61)		100 (66)	126 (58)		98 (57)	128 (66)	
ASM’de çözilemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim.	Katılan	112 (87)	212 (89)	0,514	125 (84)	199 (92)	0,047	147 (85)	177 (92)	0,176
	Emin Değil	5 (4)	13 (5)		11 (7)	7 (3)		11 (6)	7 (3)	
	Katılmayan	11 (9)	14 (6)		14 (9)	11 (5)		15 (9)	10(5)	
ASM’nin donanımı yetersiz.	Katılan	63 (49)	88 (37)	0,022	58 (39)	93 (43)	0,716	63 (36)	88 (45)	0,214
	Emin Değil	36 (28)	66 (27)		44 (29)	58 (27)		51 (30)	51 (26)	
	Katılmayan	29 (23)	85 (36)		48 (32)	66 (30)		59 (34)	55 (29)	
Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun.	Katılan	24 (19)	36 (15)	0,658	22 (15)	38 (18)	0,534	40 (23)	20 (10)	0,003
	Emin Değil	17 (13)	34 (14)		24 (16)	27 (12)		24 (14)	27 (14)	
	Katılmayan	87 (68)	169 (71)		104 (69)	152 (70)		109 (63)	147 (76)	
Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim.	Katılan	75 (58)	143 (60)	0,565	84 (56)	134 (62)	0,402	107 (61)	111 (57)	0,573
	Emin Değil	24 (19)	52 (22)		36 (24)	40 (18)		32 (19)	44 (23)	
	Katılmayan	29 (23)	44 (18)		30 (20)	43 (20)		34 (20)	39 (20)	
Aile hekimim hastanedeki doktorlara göre daha uzun muayene eder.	Katılan	36 (28)	69 (29)	0,981	42 (28)	63 (29)	0,847	55 (32)	50 (26)	0,238
	Emin Değil	42 (33)	79 (33)		52 (35)	69 (32)		59 (34)	62 (32)	
	Katılmayan	50 (39)	91 (38)		56 (37)	85 (39)		59 (34)	82 (42)	
ASM’ye randevusuz gidebilirim.	Katılan	86 (67)	144 (60)	0,370	84 (56)	146 (67)	0,062	116 (67)	114 (59)	0,216
	Emin Değil	12 (9)	23 (10)		19 (13)	16 (8)		13 (8)	22 (11)	
	Katılmayan	30 (24)	72 (30)		47 (31)	55 (25)		44 (25)	58 (30)	

		Cinsiyet			Yaş			Eğitim düzeyi		
		Erkek n (%)	Kadın n (%)	P	35 ve altı n (%)	36 ve üstü n (%)	P	Ortaokul ve altı n (%)	Lise ve üzeri n (%)	P
Kronik hastalık takipleri ASM’de yapılmalı	Katılan	84 (66)	175 (73)	0,124	104 (69)	155 (71)	0,316	119 (69)	140 (72)	0,778
	Emin Değil	17 (13)	33 (14)		25 (17)	25 (12)		25 (14)	25 (13)	
	Katılmayan	27 (21)	31 (13)		21 (14)	37 (17)		29 (17)	29 (15)	
ASM’de pansuman, yara bakımı, dikiş alma gibi işler yapılabilir.	Katılan	90 (71)	162 (68)	0,883	93 (62)	159 (73)	0,073	124 (72)	128 (66)	0,282
	Emin Değil	26 (20)	53 (22)		39 (26)	40 (19)		31 (18)	48 (25)	
	Katılmayan	12 (9)	24 (10)		18 (12)	18 (8)		18 (10)	18 (9)	
ASM’de dikiş atma, tırnak çekme vb. işler yapılabilir.	Katılan	39 (31)	60 (25)	0,320	37 (25)	62 (29)	0,192	53 (31)	46 (24)	0,075
	Emin Değil	56 (44)	124 (52)		82 (55)	98 (45)		74 (43)	106 (55)	
	Katılmayan	33 (26)	55 (23)		31 (21)	57 (26)		46 (26)	42 (21)	
Aile hekimimi yakınlarıma, komşularıma, tanıdıklarıma tavsiye ederim.	Katılan	79 (62)	150 (63)	0,979	90 (60)	139 (64)	0,272	110 (64)	119 (61)	0,904
	Emin Değil	30 (23)	55 (23)		33 (22)	52 (24)		39 (22)	46 (24)	
	Katılmayan	19 (15)	34 (14)		27 (18)	26 (12)		24 (14)	29 (15)	
Üniversite hastanelerinde ödediğim katkı payı ASM’ye göre daha fazladır.	Katılan	55 (43)	79 (33)	0,057	39 (26)	95 (44)	<0,001	67 (39)	67 (34)	0,175
	Emin Değil	55 (43)	134 (56)		97 (65)	92 (42)		81 (47)	108 (56)	
	Katılmayan	18 (14)	26 (11)		14 (9)	30 (14)		25 (14)	19 (10)	
Hastaneye başvurabilmek için aile hekiminin sevk gerekmez.	Katılan	84 (66)	141 (59)	0,115	80 (53)	145 (67)	0,032	100 (58)	125 (64)	0,414
	Emin Değil	23 (18)	66 (28)		43 (29)	46 (21)		45 (26)	44 (23)	
	Katılmayan	21 (16)	32 (13)		27 (18)	26 (12)		28 (16)	25 (13)	
ASM’deki çalışanların ilgisinden memnunum.	Katılan	86 (67)	171 (71)	0,606	96 (64)	161 (74)	0,033	122 (70)	135 (70)	0,234
	Emin Değil	23 (18)	34 (14)		32 (21)	25 (12)		22 (13)	35 (18)	
	Katılmayan	19 (15)	34 (14)		22 (15)	31 (14)		29 (17)	24 (12)	
ASM’de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır.	Katılan	70 (55)	137 (57)	0,875	83 (55)	124 (57)	0,570	96 (55)	111 (57)	0,618
	Emin Değil	35 (27)	63 (26)		38 (25)	60 (28)		50 (29)	48 (25)	
	Katılmayan	23 (18)	39 (16)		29 (20)	33 (15)		27 (16)	35 (18)	

4.6. Katılımcıların Aile Hekimini Bilme Durumları, Aile Hekimini Değiştirme Sebepleri ve ASM Kullanma Sıklıkları ile Önermelere Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması

“Bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir” önermesine katılma durumu ile bir yılda ASM’ye başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,026$).

ASM’nin eve uzak olma durumu ile aile hekimini bilme durumu arasında anlamlı fark mevcuttu ($p<0,001$).

ASM’de çözülemeyecek sorunlar için başka hastanelere gitme durumu ile aile hekimini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,007$).

“Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun” önermesine katılma durumu ile aile hekimini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu ($p=0,009$). Aynı önerme ile bir yılda ASM’ye başvurma sıklığı arasında anlamlılık saptandı ($p=0,013$).

Aile hekimiyile tüm sorunlarını paylaşabilme durumu ile aile hekimini bilme durumu arasında anlamlı fark vardı ($p=0,012$). Aynı önerme ile bir yılda ASM’ye başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık mevcuttu ($p=0,012$).

“ASM’deki çalışanların ilgisinden memnuniyet durumu ile aile hekimini bilme durumu arasında anlamlı fark vardı ($p<0,001$).

“ASM’de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır” önermesine katılma durumu ile ASM’ye başvuru sıklığı arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,008$).

Tablo 10’da katılımcıların aile hekimini bilme durumları, aile hekimini değiştirme sebepleri ve ASM kullanma sıklıkları ile önermelere verdikleri yanıtların karşılaştırılması gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Aile Hekimini Bilme Durumları, Değiştirme Sebepleri ve ASM Kullanma Sıklıkları ile Önermelere Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması		Aile hekimini bilme durumu			Aile hekimini değiştirme sebebi			Bir yılda ASM ye başvuru sıklığı		
		Evet n (%)	Hayır n (%)	P	Memnun değil n (%)	Diğer nedenler n (%)	P	0-5 arası n (%)	6 ve daha fazla n (%)	P
Bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir.	Katılan	184 (56)	18 (44)	0,093	19 (66)	58 (51)	0,301	113 (50)	89 (64)	0,026
	Emin değil	47 (14)	11 (28)		5 (17)	20 (18)		40 (17)	18 (13)	
	Katılmayan	96 (30)	11 (28)		5 (17)	35 (31)		75 (33)	32 (23)	
ASM evime uzak.	Katılan	92 (28)	21 (53)	<0,001	7 (24)	36 (32)	0,655	64 (28)	49 (35)	0,257
	Emin değil	21 (6)	7 (17)		3 (10)	8 (7)		20 (9)	8 (6)	
	Katılmayan	214 (64)	12 (30)		19 (66)	69 (61)		144 (63)	82 (59)	
ASM’de çözülemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim.	Katılan	293 (90)	31 (78)	0,007	24 (83)	100 (89)	0,252	203 (89)	121 (88)	0,549
	Emin değil	12 (3)	6 (15)		4 (14)	6 (5)		9 (4)	9 (6)	
	Katılmayan	22 (7)	3 (7)		1 (3)	7 (6)		16 (7)	9 (6)	
ASM’nin donanımı yetersiz.	Katılan	131 (40)	20 (50)	0,259	15 (52)	52 (46)	0,110	100 (44)	51 (37)	0,364
	Emin değil	90 (27)	12 (30)		3 (10)	32 (28)		62 (27)	40 (29)	
	Katılmayan	106 (33)	8 (20)		11 (38)	29 (26)		66 (29)	48 (34)	
Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun.	Katılan	51 (16)	9 (%23)	0,009	7 (24)	19 (17)	0,594	31 (14)	29 (21)	0,013
	Emin değil	40 (12)	11 (27)		2 (7)	12 (11)		40 (17)	11 (8)	
	Katılmayan	236 (72)	20 (50)		20 (69)	82 (72)		157 (69)	99 (71)	
Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim.	Katılan	200 (61)	18 (45)	0,012	17 (59)	70 (62)	0,909	122 (53)	96 (69)	0,012
	Emin değil	69 (21)	7 (17)		5 (17)	16 (14)		55 (24)	21 (15)	
	Katılmayan	58 (18)	15 (38)		7 (24)	27 (24)		51 (22)	22 (16)	
Aile hekimim hastanedeki doktorlara göre daha uzun muayene eder.	Katılan	93 (28)	12 (30)	0,465	9 (31)	37 (33)	0,066	63 (28)	42 (30)	0,781
	Emin değil	105 (32)	16 (40)		4 (14)	37 (33)		78 (34)	43 (31)	
	Katılmayan	129 (34)	12 (30)		16 (55)	39 (34)		87 (38)	54 (39)	
ASM’ye randevusuz gidebilirim.	Katılan	208 (64)	22 (55)	0,058	18 (62)	76 (67)	0,721	138 (61)	92 (66)	0,554
	Emin değil	27 (8)	8 (20)		1 (3)	6 (5)		23 (10)	12 (9)	
	Katılmayan	92 (28)	10 (25)		10 (35)	31 (28)		97 (29)	35 (25)	

		Aile hekimini bilme durumu			Aile hekimini değiştirme sebebi			Bir yılda ASM ye başvuru sıklığı		
		Evet n (%)	Hayır n (%)	p	Memnun olmama n (%)	Diğer nedenler n (%)	p	0-5 arası	6 ve daha fazla	p
Kronik hastalık takipleri ASM’de yapılmalı	Katılan	231 (71)	28 (70)	0,959	23 (79)	73 (65)	0,316	159 (70)	100 (72)	0,904
	Emin değil	44 (13)	6 (15)		2 (7)	15 (13)		32 (14)	18 (13)	
	Katılmayan	25 (16)	6 (15)		4 (14)	25 (22)		37 (16)	21 (15)	
ASM’de pansuman, yara bakımı, dikiş alma gibi işler yapılabilir.	Katılan	224 (69)	28 (70)	0,871	22 (76)	76 (67)	0,413	152 (67)	100 (72)	0,542
	Emin değil	70 (21)	9 (23)		6 (21)	24 (21)		53 (23)	26 (19)	
	Katılmayan	33 (10)	3 (7)		1 (3)	13 (11)		23 (10)	13 (9)	
ASM’de dikiş atma, tırnak çekme vb. işler yapılabilir.	Katılan	92 (28)	7 (18)	0,100	7 (24)	26 (23)	0,762	57 (25)	42 (30)	0,467
	Emin değil	154 (47)	26 (64)		11 (38)	51 (45)		117 (51)	63 (45)	
	Katılmayan	81 (25)	7 (18)		11 (38)	36 (32)		54 (24)	34 (25)	
Aile hekimimi yakınlarıma, komşularıma, tanıdıklarıma tavsiye ederim.	Katılan	210 (64)	19 (47)	0,120	21 (73)	69 (61)	0,232	132 (28)	97 (70)	0,071
	Emin değil	72 (22)	13 (33)		7 (24)	27 (24)		60 (26)	25 (18)	
	Katılmayan	45 (14)	8 (20)		1 (3)	17 (15)		36 (16)	17 (12)	
Üniversite hastanelerinde ödediğim katkı payı ASM’ye göre daha fazladır.	Katılan	116 (35)	18 (45)	0,449	11 (38)	45 (40)	0,597	81 (36)	53 (38)	0,560
	Emin değil	172 (53)	17 (42)		12 (41)	53 (47)		122 (53)	67 (48)	
	Katılmayan	39 (12)	5 (13)		6 (21)	15 (13)		25 (11)	19 (14)	
Hastaneye başvurabilmek için aile hekiminin sevki gerekmez.	Katılan	204 (62)	21 (53)	0,422	16 (55)	72 (64)	0,064	135 (59)	90 (65)	0,176
	Emin değil	78 (24)	11 (27)		4 (14)	26 (23)		54 (24)	35 (25)	
	Katılmayan	45 (14)	8 (20)		9 (31)	15 (13)		39 (17)	14 (10)	
ASM’deki çalışanların ilgisinden memnunum.	Katılan	240 (73)	17 (43)	<0,001	21 (72)	77 (68)	0,854	152 (67)	105 (76)	0,072
	Emin değil	41 (12)	16 (40)		3 (16)	16 (14)		43 (19)	14 (10)	
	Katılmayan	46 (14)	7 (17)		5 (17)	20 (18)		33 (15)	20 (14)	
ASM’de şikâyetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır.	Katılan	193 (59)	14 (35)	0,009	17 (59)	61 (54)	0,368	116 (51)	91 (66)	0,008
	Emin değil	80 (25)	18 (45)		5 (17)	33 (29)		73 (32)	25 (18)	
	Katılmayan	54 (16)	8 (20)		7 (24)	19 (17)		39 (17)	23 (16)	

5. TARTIŞMA

Bireylerin, hekime ihtiyaç duyduklarında kolaylıkla ulaşabilecekleri aile hekimliği sistemi günden güne artan sağlık ihtiyacını karşılamada oldukça önemlidir. Türkiye’de birinci basamak sisteminin gücünün diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha az olduğu bilinmektedir (19). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olmaması ikinci ve üçüncü basamakta verimliliği azaltmaktadır. Sağlık hizmetinin sunumunda hasta memnuniyeti, sürdürülen hizmetin geliştirmesinde ve devamlılığında önemli rol oynar. Literatürde ikinci ve üçüncü basamaktaki hastalarda aile hekimliği kullanımını ve memnuniyetini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Sunulan çalışma üçüncü basamak hastaneye başvuran hastaların sağlık kuruluşu tercih durumları, aile hekimliği kullanımı ve aile hekimliği memnuniyeti araştırılarak günümüzde aile hekimliğinin kullanımı ile ilgili durum tespiti yapması açısından önemli sonuçlara sahiptir.

Literatür incelendiğinde; hastanede yapılan benzer çalışmalarda kadınların sayısı erkeklerden daha fazladır (20-22). Benzer şekilde sunulan çalışmaya katılanların üçte ikisi kadındı. Avustralya’da ve Almanya’da sağlık kuruluşlarında yapılan iki çalışmada katılımcıların üçte ikisinin, Pakistan’da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların yarıdan fazlasının kadın olduğu görülmüştür (23-25). Cinsiyetler arasındaki bu farkın nedeni kadınların hem anketlere gönüllülüklerinin daha fazla olması hem de erkeklere göre hastaneye daha sık başvurmaları olabilir.

Kronik hastalıklarının çoğunun üçüncü dekattan itibaren başlaması nedeniyle sağlık kuruluşlarına daha sık başvuru yapıldığı bilinmektedir. Nitekim bu çalışmadaki yaklaşık her üç katılımcıdan ikisinin 36 yaş ve üzeri olduğu tespit edilmiştir. Devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %70’inin, aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada yaklaşık %55’inin ve Avustralya’da yapılan bir çalışmada katılımcıların %85’inin 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmüştür (20, 23, 26). Kronik hastalıklarının çoğunun üçüncü dekattan itibaren başlaması nedeniyle bu bireylerin sağlık kuruluşlarına daha sık başvuru yaptığı düşünülebilir.

Katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin herhangi bir işte çalışmadığı ve yaklaşık %40’ının ev hanımı olduğu görülmektedir. Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde 2015 yılında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %30’dan fazlasının ev hanımı olduğu bulunmuştur (21). Gümüş ve arkadaşlarının 2015-2016 yıllarında bir devlet hastanesinin dahili polikliniklerine başvuran hastaların katılımıyla yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı ev hanımıydı (20). Sunulan çalışmada herhangi bir işte çalışmayanların ilk başvuruda ASM’yi tercih etme oranlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu durum çalışmayanların mesai saatleri içerisinde ASM’ye daha kolay ulaşmalarından ve çalışan grubun izin alma gerekliliğinden kaynaklı olabilir. Konya’da aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada; katılımcıların yaklaşık üçte birinin hekimlerin hafta sonu da mesai yapması halinde ASM’ye başvuracaklarını belirttiği görülmüştür (27).

TÜİK verilerine bakıldığında 2022 Eylül’de, Türkiye’de hane başına düşen otomobil sayısı 0,5 olarak bulunmuştur. Sunulan çalışmada katılımcıların yaklaşık %70’inin kendisinin ya da beraberinde yaşadığı birine ait aracı olduğu görülmüştür. Katılımcıların taşıta sahip olma durumunun Türkiye istatistiklerine göre daha yüksek olması; çalışmanın

yapıldığı hastanenin şehir merkezine uzak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması ile ilgili olabilir (28) (29).

Çalışmaya katılanların dörtte birinin misafir olduğu görülmüştür. Bunun sebebi; çalışmanın yapıldığı hastanenin üniversite hastanesi olması ve hastanede Karaman, Aksaray, Nevşehir, Niğde, Isparta ve Afyon gibi Konya ili çevresindeki daha küçük şehirlerde olmayan branş yan dal uzmanlarının bulunması olabilir.

Bu çalışmanın önemli sonuçlarından biri 3. Basamak hastaneye başvuru sebepleri sorulduğunda katılımcıların neredeyse yarısının aslında ilk olarak birinci basamağa başvurması gereken hastalardan oluştuğunun görülmesidir. Bireylerin muayene taleplerinin öncesinde birinci basamakta ve akabinde ikinci basamak sağlık kuruluşlarında değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk göz önüne alındığında bu orandaki ilk muayenenin aile hekimleri tarafından karşılanması hem hasta hem hekimler hem de sürdürülebilir bir sağlık sistemi için fayda sağlayabilir.

Hasta hekim ilişkisinde tanışmak, güven duymak önemlidir. Bu çalışmada on kişiden biri aile hekiminin kim olduğunu bilmiyordu, yani hiç merak etmemiş, hiç tanışmamış, hiç ilişki kurmamıştı. Gümüş ve arkadaşlarının 2020 yılında Gaziantep'te yaptığı çalışmada katılımcıların %12'sinin, Kayseri'de yapılan bir çalışmada %15'inin aile hekiminin kim olduğunu bilmediği belirtilmiştir (20, 30). Aile hekimliği sistemine geçmeden önce yapılan bir çalışmada katılımcıların %18'inin bağlı olduğu sağlık ocağını bilmediği göze alınırsa yeni sistemde aile hekiminin bilinirliğinin yüksek olduğu söylenebilir (31). Ayrıca SDP sonrası tedricen uygulamaya koyulan nüfusa dayalı aile hekimliği uygulamasıyla aile hekiminin bilinirliğinin daha da arttığı düşünülebilir.

Sunulan çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin aile hekimlerinin uzmanlık durumlarını bilmediği, neredeyse yarısının; aile hekimini, uzman aile hekimi olarak belirttiği görülmüştür. Kayseri'de üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin aile hekimlerini “uzman aile hekimi” olarak tanımladıkları tespit edilmiştir (21). Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) üzerinden edinilen bilgiye göre Kasım 2022 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı aile hekimliği uzman sayısı 4323'tür (32). Aile sağlığı merkezlerinde görev yapan yaklaşık 3 bin aile hekimliği uzmanı olduğu tahmin edilmektedir. Aile sağlığı birimlerinden geriye kalan yaklaşık 25 bin birim ise pratisyen aile hekimi kadrosundadır. Aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinde üç pratisyen kadrosu dolmadan bir aile hekimliği uzmanı kadrosu verilmemektedir (15). Aile hekimliği uzmanlarının bu dağılımına bakıldığında katılımcıların hem bu çalışmada hem de diğer çalışmada belirttiği uzman sayısının oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni; bireylerin memnun kaldığı hekimleri alanında uzman veya ilgili görmeleri sebebiyle “uzman aile hekimi” olarak tanımlamaları olabilir.

Gümüş ve arkadaşlarının bulgularına benzer şekilde katılımcıların yaklaşık onda birinin ASM'ye hiç başvurmadığı, yarısının yılda 1-5 kez başvurduğunu görülmektedir. (20). ASM'ye hiç başvuru yapmayan bireylerin oranının azalması COVID pandemisi sebebiyle sağlık ihtiyacının artması ve bireylerin danışmanlık alma amacıyla ilk adımda aile hekimliğine başvurması olabilir (33).

Acil durumlar dışında herhangi bir rahatsızlık durumunda yaklaşık üç kişiden birinin ASM'ye başvurması devlet hastanesinde yapılan bir çalışmadaki sonuçlara benzerdir (20). Ardahan ve arkadaşlarının 2014 yılında İzmir'deki bir ASM'de yaptığı çalışmada; katılımcıların %80'den fazlası ASM'yi, %15'i ise hastaneleri ilk müracaatta tercih ettiklerini belirtmiştir (22). Durmuş ve arkadaşlarının 2018 yılında Kayseri'de bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışmada; katılımcıların yalnızca dörtte birinin aynı şikâyet sebebiyle hastane başvurusundan önce aile hekimine başvurduğu görülmüştür (21). Oysa aile hekimliği uygulaması öncesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı hastalık anında sağlık ocağını tercih etmiştir (31). Çalışmalar arasında doğan bu farklılık çalışmanın yapıldığı sağlık kuruluşu ve hastanın o anki şikâyetinin ciddiyeti ile ilgili olabilir. Ancak yine de onda bir, nedenleri araştırılması gereken bir sonuçtur.

En sık faydalanılan sağlık kuruluşu olarak sorulduğunda ise katılımcıların yaklaşık dörtte biri ASM, üçte biri devlet hastanesi, üçte biri de üniversite hastanelerini sıklıkla tercih ettiğini belirtmiştir. Kayseri'de üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcıların üçte biri ASM'yi, dörtte biri devlet hastanesini, beşte biri üniversite hastanesini tercih etmiştir (21). Oysa devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların neredeyse tamamı devlet hastanesini sıklıkla tercih ettiğini belirtmiştir (20). Çalışmaların yapıldığı kuruluşların bu sorulara verilen cevapları etkilediği düşünülse de üniversite hastanelerinin ve devlet hastanelerinin sık kullanılması maliyeti arttırabileceğinden sağlık hizmetinin devamlılığında sorunlar getirebilir (34) .

Daha önceki çalışmalarla benzer şekilde sunulan çalışmada ASM'ye en sık başvuru sebebi ilaç yazdırmak, ikinci sebep ise muayenedir (20, 21). Kayseri il merkezinde aile hekimliği bölgelerinde yapılan başka bir çalışmada ise aile hekimliğine en sık başvuru sebebi muayene olarak bulunmuştur (30). Literatürdeki farklılığın sebebi, çalışmaların yapıldığı sağlık kuruluşundan kaynaklanabilir. Bireylerin ilaç yazdırma başvurularının fazla olması hekim önerisi ve raporlu ilaçlar dışında ilaç kullanımının sıklığına işaret edebilir. Bu alışkanlık da hem akılcı ilaç kullanımı açısından hem de sağlık ekonomisi açısından ideal bir sağlık sisteminden uzaktır (35). Güçlü ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti için bireylerin aile hekimlerini muayene için daha çok tercih etmeleri gerektiği düşünülmektedir. Olumsuz gibi görünen bu olayın olumluya çevrilebilmesi için; birinci basamak hekimlerini sabırla olması gerekeni (anamnez, fizik muayene, gerekirse tetkik sonra tedavi veya sevk) yapmaları gerektiğini hastalara açıklayıp ısrarlı tutumlarını sürdürmelidirler. İlaç yazma gelişlerini hastayı tanıma ve bunu anlatma fırsatı için kullanmalarındırlar.

Katılımcıların yaklaşık dörtte biri ASM'ye aşı için başvurması Ardahan ve arkadaşlarının 2013-2014 yılında ASM'de yapılan çalışmasına benzerdir (22). Oysa yine aynı yıllarda Çetinkaya ve arkadaşları %5'inin, Erciyes üniversitesinde 2015 başka bir çalışmada ise onda birinin aşı için başvurduğu belirtilmiştir (21, 30). Çalışmalar arasındaki bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı şehir, sağlık kuruluşu ve çalışmanın yapıldığı popülasyona bağlı olabilir. Aynı zamanda COVID aşısının ASM'lerde yapılması, aşı için ASM'ye başvurma oranlarını arttırmış olabilir (36) .

Çalışmanın dikkat çekici sonuçlarından biri başka bazı çalışmalarla benzer şekilde katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin üreme çağında olmasına rağmen aile planlaması amacıyla ASM'ye başvuranların %1'in altında olmasıdır (20-22). Aile planlaması konusunda aile sağlığı merkezlerinin daha aktif rol alması gerektiği düşünülmektedir (18).

Anketi cevaplayanların yarıdan fazlası bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklına gelen doktorun aile hekimleri olduğunu belirtmiştir. Konya ilinde 2016 yılında aile sağlığı merkezlerinde yapılan bir çalışmada; katılımcıların yaklaşık %40'ının bir sağlık sorununda aile hekimine ulaşacağı tespit edilmiştir (27). Aile hekimleri kolay ulaşılabilir ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır (13). Bu sebeple sürdürülebilir ve etkin bir sağlık hizmetinde ilk akla gelen doktorun aile hekimi olması gerektiği düşünülmektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısının ilk aklına gelen doktorun aile hekimi olmaması, aile hekimliği ile ilgili yeterli farkındalık oluşmaması ve sevk zincirinin aktif bir şekilde kullanılmamasına bağlı olabilir.

Anketi cevaplayanların yaklaşık üçte ikisi ASM'nin evlerine yakın olduğunu ifade etmiştir. Özata ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir çalışmada; "Aile hekiminizin muayenehanesine ulaşmanız kaç dakikanızı alır?" sorusuna, katılımcıların üçte ikisinin 15 dakikadan az şeklinde cevaplamıştır. Aynı çalışmada katılımcıların dörtte üçü ASM'ye ulaşılabilirliğinin kolay olduğunu belirtmiştir (27). Aile hekimliği disiplininde kolay ulaşılabilirlik temel noktalardan biridir. ASM'yi evlerine uzak gören bireyler; evlerine yakın bir ASM olduğunu, e-nabız üzerinden aile hekimlerini ve aile sağlığı merkezlerini değiştirebildiklerini bilmedikleri düşünülebilir veya daha uzak bir ASM'yi tercih etmiş olabilirler.

Katılımcıların neredeyse tamamı aile hekimliğinde çözülemeyecek sorunlar için başka hastanelere gideceğini belirtmiştir. Fakat hastaneye başvurabilmek için sevk zincirinin gerekli olmadığını düşünenlerin oranı yaklaşık %85'ti. Bu oran 2016 yılındaki bir çalışmada yaklaşık %80, 2018 yılındaki bir çalışmada ise %50 civarındadır (20, 37). Sevk zincirinin önde gelen istenmeme nedenleri; hekim seçme özgürlüğünün devamı, sağlık sorunlarına çözüm bulmada aile hekimliğinin yetersizliği ve hastanelerin daha kaliteli hizmet verdiği düşünceleridir (37). Sevk zinciri kullanımı ile ilgili aile hekimleriyle yapılan bir çalışmada; aile hekimlerinin dörtte üçü, sevk zincirinden daha öncelikli sorunlarının olduğunu, bunların aile hekimlerine nüfusun fazlalığı, aile hekimliğinin geliştirilmesi ve halkın sağlık okuryazarlığının artırılması olduğunu belirtmişlerdir (38). Bektemür ve arkadaşlarının çalışmasında pratisyen ve uzman aile hekimlerinin yarıdan fazlası "Aile hekimleri il içerisinde istedikleri hastaneye ve uzmanlık branşına sevk yapabilsin" önermesine katılmıştır (11).

Sunulan çalışmada en sık ASM'den faydalananlar ile ilk başvuruda ASM'yi tercih edenler arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. En sık ASM'den faydalananların dörtte üçü ilk başvuruda ASM'yi tercih etmiştir. ASM'yi sık tercih etmeyen bireyler ilk başvuruda ASM'yi kullanmamaktadır. Sevk zinciri uygulamasının; ASM'yi tercih etmeyen bu grubun ilk başvuruda ASM'ye yönelmesini sağlayacağı ve özellikle hastanelere giden grubu birinci basamağa yönlendireceği düşünülebilir. Çünkü sevk zinciri uygulaması; yeterli altyapı sağlandığında ve sağlık finansmanı verimli kullanıldığında sürdürülebilir bir sağlık hizmetinin temelini oluşturur (35). Şu an sınırsız sayıda muayene olabilmek, istenilen

uzmana veya yandal uzmanına randevu alabilme, aile hekimliğinde sorunlarının çözememe ve düşük miktarda katkı payı ödeme nedeniyle toplumun çoğunun sevk zincirini istemediği görülmektedir.

Anketi cevaplayanların yaklaşık yarısı aile sağlığı merkezlerinin donanımını yetersiz bulmuştur. İzmir'deki bir ASM'de yapılan çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının ASM'nin fiziksel şartlarını iyi buldukları görülmüştür (22). Çalışmalar arasındaki bu farklılık anketin yapıldığı sağlık kuruluşundan dolayı olabilir. Türkiye'deki aile sağlığı merkezlerinin bazı kamu binalarına veya apartmanların zemin katlarına kurulduğu düşünüldüğünde; ASM'lere özel bir bina yapısının olmaması ve sonradan ASM'ye çevrilmesi fiziki koşulların iyileştirilmesinde en önemli engellerden biridir.

Katılımcıların yaklaşık üçte biri aile hekiminde muayene için beklediği süreyi hastanelere göre daha kısa bulduğu görülmüştür. Sevk zincirinin aktif kullanılmaması nedeniyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yoğunluk oluşmakta ve bu durum bekleme süresini uzatmaktadır.

Katılımcıların yarıdan fazlası aile hekimiyle tüm sorunlarını paylaşabileceğini belirtmiştir. Aile hekimini bilenlerin ve ASM'ye daha sık gidenlerin bu düşüncede olduğu görülmüştür. İstanbul'da yapılan bir hasta memnuniyeti araştırmasında, hastaların aile hekiminin kayıt ve bilgileri gizli tutmasına olan inancının yüksek olduğu görülmüştür. Kayıt ve bilgileri gizli tuttuğuna inanılan hekime güven duygusunun oluştuğu düşünülmüştür (26). Almanya'da yaklaşık 15 bin kişinin katıldığı ve başvuru alan hekimlerin yarısının pratisyen hekim olduğu bir çalışmada, katılımcıların dörtte üçü hekime yüksek güven duyduğunu belirtmiştir (24).

Çalışmaya katılanların üçte birinden fazlasının, aile hekimlerinin hastanedeki doktorlara göre daha uzun muayene ettiğini düşünmediği görülmüştür. ASM'ye bireylerin muayene dışında yoğun olarak ilaç yazdırma, enjeksiyon-pansuman, aşı nedenleri ile başvurduğu hem sunulan çalışmayla hem de benzer çalışmalarla bilinmektedir (20, 21, 30). Bu verilerle bireylerin aile hekimliği disiplini farkındalığının yeterli düzeyde olmadığı düşünülebilir. Bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanım farkındalığı arttıkça, aile hekimliği uzmanlığı yaygınlaştıkça ve hasta başına düşen süreler genişledikçe muayene merkezli disiplinin gelişeceği beklenmektedir.

Anketi cevaplayanların yaklaşık üçte ikisi ASM'ye randevusuz gidebileceklerini belirtmiştir. Ardahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların dörtte üçünün aile hekimine uygun saatte randevu alabildiği görülmüştür (22). Hekimlerin randevusuz hasta bakması, bireylerin sağlık hizmeti alımında mağduriyet yaşamamaları için bir öz fedakarlık yaptığı düşünülebilir.

Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü kronik hastalık (tansiyon, şeker, kolesterol vb.) takiplerinin ASM'de yapılması gerektiğini belirtmiştir. Anketi cevaplayan bireylerin yarıdan fazlasının ASM'ye ilaç yazdırmak için başvurduğu göz önüne alındığında; yazdırılan bu ilaçların bir kısmının kronik hastalıklara bağlı olduğu düşünülebilir. Gücük ve arkadaşların 2012 yılında yaptığı bir çalışmada aile hekimliği uygulamasının başlangıcından sonra diyabetli bireylerin yaşam tarzı değişikliklerinde iyileşme olduğu gözlenmiştir (39). Kronik

hastalıkların düzenli takiplerinin aile hekimliğinde yapılması gerektiği düşünülmektedir (40).

Anketi cevaplayanların yaklaşık üçte ikisi ASM’de pansuman, yara bakımı, dikiş alma gibi işlerin yapılabilmesini belirtmiştir. Aile sağlığı merkezlerinde bu şekilde invaziv girişim gerektirmeyen cerrahi müdahalelerin yapıldığı bilinmektedir (41). İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşunda cerrahi işlem geçiren bireylerin yara takiplerinin ve pansumanlarının ASM’lerde yapılmasının; operasyonu yapan cerraha ve ekibine daha çok zaman kazandırdığı ve bu birimlere olan başvuruları azalttığı düşünülebilir.

Katılımcıların yalnızca yaklaşık dörtte biri ASM’de dikiş atma, tırnak çekme vb. işlerin yapılabilmesini belirtirken neredeyse yarısı bu konuda emin olmadığını belirtmiştir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı’na göre dikiş atma üçüncü ve tırnak çekme ikinci derece yetkinlik olarak belirtilmiştir (41). Tırnak çekme, lezyon eksizyonu ve punch biyopsi gibi işlemlerin birinci basamakta yapılmasının minör cerrahi için bekleme sürelerini azalttığı görülmüştür (42). Dikiş alma ve pansumana göre daha invaziv olan bu işlemlerin büyük çoğunluğunun akut geliştiği ve bireylerin bu hizmet için daha çok acil servislerin travma bölümünü tercih ettiği düşünülmektedir (43). Ayrıca bu invaziv işlemler için gereken malzemelerin temini ve malzemelerin sterilizasyonunun güçlüğünün bu işlemlerin ASM’de yapılmasını zorlaştırdığı düşünülebilir.

Anketi yanıtlayanların yaklaşık üçte ikisi aile hekimlerini yakınlarına, komşularına ve tanıdıklarına tavsiye edeceğini belirtmiştir. Literatüre bakıldığında; 2011 yılında yaptığı bir çalışmada katılanların yaklaşık yarısı, 2015 yılında yapılan bir çalışmada neredeyse üçte ikisi, 2018 yılında yapılan başka bir çalışmada ise yarıdan fazlası aile hekimlerini başkasına tavsiye edeceğini belirtmiştir (21, 30, 37). Güven ve Aycan’ın 2018 yılında yaptığı çalışmada; isteklerini yerine getirdiği, hastayı dinlediği ve hastayla ilgilendiği için katılımcıların yarıdan fazlasının aile hekimini başkasına önerdiği görülmüştür (37).

Katılımcıların yaklaşık üçte biri üniversite hastanelerine ödenen katkı payının daha fazla olduğunu düşünürken neredeyse yarısı bu konuda emin olmadığını belirtmiştir. Bu oranlar ile yaş verileri arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. 36 yaş ve üstünün bu önermeye daha çok katıldığı ve 35 yaş ve altının yarisından fazlasının emin olmamasına bağlı olarak bu anlamlılık meydana gelmiş olabilir

Gümüş ve arkadaşları 2016 yılındaki çalışmalarında katılımcıların yarıdan fazlasının sağlık kuruluşlarına göre katkı paylarını bildiğini ve üçte ikisinin tercihinin katkı payından etkilendiğini belirtmektedir (20). Oysa 2011 yılında Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; “aile hekimine gittiğinde muayene için katkı payı ödemesi gerekmediğini” çalışmaya katılanların dörtte üçünün bildiği görülmüştür (30). Bu çalışmalarda sunulan çalışmaya göre farklı sonuçların görülmesi çalışmaların yapıldığı yere, çalışmanın yapıldığı popülasyona, anket sorularının yöneltilme şekline ve zamana bağlı olabilir.

Anketi cevaplayanların yaklaşık dörtte üçü ASM'deki çalışanların ilgisinden memnun olduğunu belirtmiştir. Bu durum ile yaş verileri ve aile hekimini bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. İleri yaştaki hastaların kronik hastalıklarından dolayı aile hekimliğini daha sık kullanmaları aile hekimini bilme durumunu olumlu yönde etkilemiş olabilir. Diğer taraftan ile hekimini değiştirenlerin beşte birinin ise hekimden memnun olmama gerekçesiyle değiştirdiği tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların yaklaşık yarısı ASM'de şikâyetiyle ilgili etkin çözüm sunulduğunu ifade etmiştir. Bu durumla ASM'ye başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır. Bu istatistik; ASM'ye yılda 6 kez ve daha fazla başvuranların bu önermeye daha çok katılması nedeniyle olabilir. Durmuş ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı bir çalışmada; katılımcıların dörtte üçünün aile hekiminden memnun olduğu, yaşla birlikte memnuniyetin arttığı ve en yüksek memnuniyet düzeyinin 65 yaş ve üzeri grupta olduğu tespit edilmiştir (21). Güven ve Aycan'ın 2018 yılında yayınladıkları çalışmada katılımcıların yarısı mevcut aile hekimliği sisteminden memnun olduğunu belirtmiştir. ASM'lerin şartlarının yetersiz bulunması, hekimlerin yetersiz/ilgisiz bulunması ve sorunların çözülmemesi mevcut aile hekimliği sisteminden memnun olmamanın önde gelen nedenlerinden diye belirtilmiştir. Sıra beklenmemesi, ulaşımın kolay olması ve sorunların çözülüyor olması da memnun olma nedenlerinin başında geldiği görülmüştür (37).

Çetinkaya ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada; katılımcıların dörtte üçü mevcut aile hekimliği sistemi ile hasta memnuniyetinin arttığını düşünmektedir (30). Aile hekimliği uygulamasına geçilmeden önce 2002 yılında Kayseri'de yapılan bir çalışmada; katılımcıların üçte ikisinin birinci basamak hizmetlerinden memnun olduğu görülmüş, Konya'da yapılan başka bir çalışmada; katılımcıların üçte ikisi, aile hekiminin verdiği sağlık hizmetini iyi bulmuştur (27, 31). Üstün ve Cezlan'ın 2019 yılında İstanbul ilinde üç Avrupa ve üç Anadolu yakasına bağlı ilçelerde yapılan çalışmada katılımcıların aile hekimliği hizmetleri hakkında görüşleri araştırılmıştır. Aile hekimlerinin kayıt ve bilgileri gizli tutması, hastaları dinlemesi ve işini tam yapması en yüksek puan alan kriterler arasındadır. Hekime telefonla ulaşabilme, bekleme odasında harcanan zaman ve önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi en düşük puan alan kriterler arasında olduğu tespit edilmiştir (26).

Çalışmanın kısıtlılıkları; konu ile ilgili geliştirilmiş bir ölçeğin bulunmaması çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Çalışmanın daha fazla yerde, daha çok kişiyle ve çok merkezli yapılması gerekmektedir.

6. SONUÇLAR

Aile hekimliği; kolay ulaşılabilir, genel tıbbi önceleyen, koruyucu-önleyici hekimliği barındıran, toplumun katıldığı ve imkânların verimli kullanıldığı bir sağlık hizmetini hedeflemektedir. Aile hekimliği sisteminin ve sevk zincirinin iyi uygulandığı ülkelerde, sağlık sisteminin sürdürülebilir ve etkin olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmada sevk zincirinin son halkası olan üçüncü basamağa başvuran bireylerin aile hekimliği ile ilgili görüşleri incelenerek aile hekimliğinin kullanımı önündeki engelleri tespit etmek amaçlanmıştır.

- Katılımcıların %39,5'i (n=145) ilçe ve köylerde yaşıyordu.
- Çalışmaya katılanların %44,1'inin (n=162) kronik hastalığı vardı.
- Çalışmaya katılanların %42,8'i (n=157) muayene, %13,4'ü (n=49) kronik hastalık kontrolü, %8,4 (n=31) sevk edilme nedeniyle hastaneye başvurdu.
- Çalışmaya katılanların %89,1'i (n=327) aile hekiminin kim olduğunu bilirken %36,8'i (n=135) aile hekiminin uzmanlık durumunu bilmiyordu.
- Anketi cevaplayanların %31,1'i (n=114), acil durumlar dışında ilk başvuruda ASM'yi, %31,1'i (n=114) ise üniversite hastanesini tercih ettiğini belirtti.
- ASM, katılımcıların %24,8'inin (n=91) en sık faydalandığı sağlık kuruluşuydu. Katılımcıların %33,5'i (n=123) ise en sık üniversite hastanelerinden faydalandığını belirtti.
- Katılımcıların %62,4'ü (n=229) ASM'ye ilaç yazdırmak için başvurduğunu, %46,3'ü (n=170) ise muayene amaçlı başvurduğunu belirtti.
- Bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklına gelen doktor aile hekimi olanlar katılımcıların %55'iydi (n=202).
- Çalışmaya katılanların %59,4'ü (n=218), aile hekimiyle tüm sorunlarını paylaşabileceğini belirtti.
- Katılımcıların %70,6'sı (n=259), kronik hastalık takiplerinin ASM'de yapılması gerektiğini düşünüyor.
- Aile hekimini yakınlarına, komşularına ve tanıdıklarına tavsiye edenler, katılımcıların %62,4'üyü (n=229).
- Anketi cevaplayanların %70'i (n=257), ASM'deki çalışanların ilgisinden memnundu.
- Çalışmaya katılanların %56,4'ü (n=207), ASM'de şikâyeti ile ilgili etkin çözüm bulunduğunu belirtti.

7. ÖNERİLER

Artan nüfus, sağlık okuryazarlığının düşük olması, COVID pandemisi vb. nedenlerle sağlık hizmeti ihtiyacı yıldan yıla artmıştır. Sevk zincirinin uygulanmaması ve artan sağlık ihtiyacı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde iş yoğunluğunu arttırmıştır (44). Artan iş yoğunluğu nedeniyle bütüncül ve etkin bir yaklaşım için gerekli olan süre azalmıştır (45).

Bu kısa sürede hekimiyle iyi iletişim kurma fırsatı yakalayamayan ve verilen sağlık hizmetinden memnun olmayan hastalar aynı şikâyet için doktor doktor gezerek çözüm aramaktadır. Artarak ilerleyen bu muayene ihtiyacının oluşturduğu kalabalıklar sağlıkta şiddetin önünü açmıştır (46). Kısa sürede bakılan hastalar nedeniyle tıbbi hatalı uygulamalar (malpraktis) ortaya çıkmıştır (47). Hekimler de bu nedenlerden dolayı gerekli hukuki ve vicdani sorumluluğu almaktan kaçarak defansif bir tıp anlayışına yöneldikleri söylenebilir. Defansif tıp anlayışı neticesinde de sağlık harcamaları ve aşırı tıbbi uygulamalar artmıştır (48). Birbiri ardına ilerleyen bu döngüde hekimin iş doyumu, hasta memnuniyeti, sağlık sisteminin verimliliği ve sürdürülebilirliği azalabilir (49).

Koruyucu ve önleyici hekimliği barındıran, ilk basamakta hastaların sağlık ihtiyacını karşılayan, hastalıkları sınıflandıran ve uygun hekime uygun zamanda yönlendiren aile hekimliğinin önemi burada ortaya çıkmaktadır (16). Aile hekimliği sisteminin güçlenmesi için, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde tecrübeli ve donanımlı olmaları gerekmektedir. Aile hekimliği uzmanları bu donanıma sahip olsalar da henüz aile hekimliği uzmanı sayısı yeterli düzeyde olmadığı için yaklaşık on aile hekiminden birisinin uzman olduğu tahmin edilmektedir (15, 32). Aile hekimliği uzman sayısı artmalı ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim programının standardizasyonu sağlanmalıdır.

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi, birinci basamağı önceleyen ve donanımlı hekimler yetiştirebilmelidir. Tıp fakültelerinin artan kontenjanları, öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısını arttırmış ve eğitimin verimliliğini azaltmıştır. Ayrıca tıp fakültelerinde nadir görülen hastalıklar ve kanser sınıflaması gibi birinci basamakta sık karşılaşılmayan konulara aşırı yoğunlaşma neticesinde öğrenciler sahada daha çok karşılaştıkları hastalıkları ve birinci basamak hizmetlerini verimli öğrenemedikleri söylenebilir (50).

Tıp fakültelerinin; Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'na uyması ve öğrencilerin yeterliliklerinin takibini daha iyi yapması önerilmektedir (51).

Hastaların sağlık okuryazarlığı göz önüne alındığında; bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırılmalıdır (52).

Katılımcılara uygulanan anket formunun ölçeğe dönüştürülmesi ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır.

8. KAYNAKÇA

1. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 30.11.2022 tarihinde erişilmiştir [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>].
2. Dünyada Aile Hekimliği 30.11.2022 tarihinde erişilmiştir [Available from: <https://sakaryaism.saglik.gov.tr/TR-34675/dunyada-aile-hekimligi.html>].
3. Tahud Aile Hekimliği 28.11.2022 tarihinde erişilmiştir
[Available from: <https://www.tahud.org.tr/page/tarih%C3%A7e-1>]
4. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi. 2017;1(1):48-57.
5. Ataman G, Yarımoğlu EK. Hastane türlerine göre hasta memnuniyetini ve hastane seçimini etkileyen unsurlar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2018;21(2):273-88.
6. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2007;5(3):140-3.
7. Alma Ata Konferansı 14.10.2022 tarihinde erişilmiştir [Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>].
8. Güldal AD, Limnili G, Çelik M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 2019;10(4):163-72.
9. Sağlıkta dönüşüm programı 17.10.2022 tarihinde erişilmiştir
[Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>]
10. Aile hekimliği pilot uygulama 17.10.2022 tarihinde erişilmiştir [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>].
11. Bektemur G, ARICA S, Gençer MZ. Türkiye’de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır? Ankara Medical Journal. 2018;18(3):256-66.
12. Dünya sağlık örgütü Çerçeve Bildirgesi 30.11.2022 tarihinde erişilmiştir
[Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108066>]
13. Wonca Aile Hekimliği 30.11.2022 tarihinde erişilmiştir
[Available from: <https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>].
14. HSGM Aile hekimliğine kayıt ve değişiklik 1.12.2022 tarihinde erişilmiştir. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekimine-kay%C4%B1t-ve-kay%C4%B1t-de%C4%9Fi%C5%9Fikli%C4%9Fi.html>
15. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği 2.12.2022 tarihinde erişilmiştir. [Available from:]

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.

16. Aile hekiminin tanımı 1.12.2022 tarihinde erişilmiştir. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html>

17. Doğum öncesi izlem protokolü [Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11104/dogum-oncesi-bakim-izlem-protokolu-genelgesi-2008--13.html> 2.12.2022 tarihinde erişilmiştir.

18. Aile hekimliği hizmet içi eğitim 2.12.2022 tarihinde erişilmiştir. [Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Toplum_Sagligi_Hizmetleri_ve_Egitim_Db/Dokumanlar/egitim_programlari/Aile_Hekimligi_2020_Yili_Hizmet_ici_Egitim_Rehberi.pdf

19. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*. 2013;63(616):e742-e50.

20. 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.

21. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(1):2-11.

22. Ardahan M, Arabacı Z, Saka MC. Bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2018;18(40):53-70.

23. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. *Medical Journal of Australia*. 2008;189(4):215-9.

24. Auras S, Ostermann T, de Cruppé W, Bitzer E-M, Diel F, Geraedts M. Patient satisfaction with ambulatory care in Germany: effects of patient-and medical practice-related factors. *International Journal for Quality in Health Care*. 2016;28(6):808-15.

25. Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah SIA. Patient satisfaction with health care services; an application of physician's behavior as a moderator. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(18):3318.

26. Cezlan Eç, Üstün S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(3):353-64.

27. Özata M, Tekin F, Öztürk YE. Konya'daki aile hekimliği hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016(35):205-18.

28. Tük kara taşıtlar 09.11.2022 tarihinde erişilmiştir

[Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Motorlu-Kara-Tasitlari-Eylul-2022-45712>.

29. Tük aile 09.11.2022 tarihinde erişilmiştir. [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2021-45632>.]
30. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(4).
31. Öztürk A, Gün İ, Mazıcıoğlu MM. Kayseri’de halkın sağlık ocaklarından yararlanımı ve memnuniyet durumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2002;6(3):114-20.
32. Cimer 2205172099 Numaralı Başvuru
- Sayın İlgili; 01.11.2022 tarihli ekip sistemi verilerimize göre Sağlık Bakanlığında görev yapan Aile Hekimliği uzman sayısı 4.323 ’tür.
33. Güler S, Topuz İ, Ulusoy F. COVID-19 pandemisinde aile sağlığı merkezi çalışanlarının deneyimleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2020;2(3):143-51.
34. Türker T, Yıldız STE. Bir askeri birlikte birinci basamak sağlık hizmeti uygulamasının başlamasıyla elde edilen tasarruf. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004: 3 (12)
35. Bankur M. Aile hekimliğinde zorunlu sevk zincirinin uygulanmamasının sağlık harcamalarına etkisi: üst solunum yolu enfeksiyonları üzerine bir uygulama. Sosyal Güvence. 2017(12):60-88.
36. Balçık B, Özmemiş Ç, Çelik Ö, Çifçili SS. Aile Sağlığı Merkezlerinde Covid-19 aşılama sürecinin değerlendirilmesi: Tanımlayıcı bir çalışma. The Journal of Turkish Family Physician. 2022;13(3):84-95.
37. Güven EA, Aycan S. Ankara’da bir üniversite hastanesine başvuranların mevcut aile hekimliği sistemi ve sevk uygulaması hakkında düşünceleri-the thoughts on the family medicine system and referral system of the admission to a university hospital in ankara. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(3):25-36.
38. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):118-32.
39. Gücük S. Aile hekimliği uygulamasının diyabetli hastaların takibine etkileri. Konuralp Medical Journal. 2013;5(2):12-6.
40. Kaya A, Gamsızkan Z. Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Sayıları ile Aile Hekimliğine Başvurularının İncelenmesi: Tek Birimlik Retrospektif Çalışma. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2022;26(1):1-5.
41. Tukmos Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı 06.12.2022 [Available from: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf>.]
42. McCormack D, Frankel A, Gallagher J. Minor surgery in primary care has reduced minor surgery waiting lists: a 12-month review. Irish Journal Of Medical Science. 2022:1-3.

43. Duman A, KAPÇI M, Bacakoğlu G, Akpınar O, Türkdoğan K, Karabacak M. Acil servise başvuran travma olgularının değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;21(2):45-8.
44. Başol E. Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;4(8):128-40.
45. Karahan A, GÜRPINAR K. Hastanelerde kuyruk ve randevu sisteminin etkinliği üzerine bir araştırma: Afyon Devlet Hastanesi örneği. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi. 2009;9(17):155-72.
46. Aydemir İ, Rabia Ü, Aydoğan A. Acil servis personeline göre şiddetin nedenleri. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2020;83(1):60-8.
47. Ersoy LV. Tıbbi malpraktis. Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014;5(1).
48. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2018;10(23):137-50.
49. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(2):78-91.
50. Baykan Z, Naçar M, Hakan Poyrazoğlu M. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin mezuniyet öncesi tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. Konuralp Medical Journal. 2018;10(2):230-4.
51. Kıyak Ys, Budakoğlu İ, Dündar NB, Coşkun Ö. Olguya dayalı çok istasyonlu elektronik iç hastalıkları sınavının Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014 ile uyumunun değerlendirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası. 2020;19(59):46-52.
52. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. 2016.

9.EKLER

EK 1. NECMETTİN ERBAKAN TIP FAKÜLTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU ONAYI

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:144

Toplantı Tarihi: 17 Aralık 2021

Karar Sayısı:2021/3554:(8076)N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'nun "Üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezi veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu tercihlerinin incelenmesi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 09.12.2021 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Arş. Gör. Dr. Ömer Adil İLHAN'ın uzmanlık tez çalışmasının N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU'nun sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izinlerin alınması ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Nazan KARAOĞLU

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Dr. Ömer Adil İLHAN, Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN

**ASLI GİBİDİR
17.12.2021**

**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**



EK 2. ANKET FORMU

Sevgili Katılımcı,

Aşağıda size yöneltilen sorular "Üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezi veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu tercihlerinin incelenmesi" konusunun araştırılmasını amaçlayan bir tez çalışmasına veri sağlamak amacı ile oluşturulmuştur. İsmınızı yazmanıza gerek yoktur. Tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Size uygun yanıtları boşlukları doldurarak ve uygun kutucuklara çarpı (x) işareti koyarak yanıtlayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyet : ☐ Erkek ☐ Kadın
2. Yaş (Doldurduğunuz yaşı yıl olarak belirtiniz):
3. Mesleğiniz nedir?
4. Eğitim düzeyiniz nedir?
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksekokul/Üniversite
5. Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekar
6. Çocuğunuz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
7. Yaşadığınız yer? ☐ Mahalle-Köy-Kasaba ☐ İlçe merkezi ☐ İl merkezi
8. Bildiğiniz kronik bir rahatsızlığınız var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
9. Varsa kronik hastalığınızı kısaca yazınız.
10. Size ya da beraber yaşadığınız birine ait araç var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
11. Konya’da bulunma sebebiniz?
☐ Burada oturuyorum ☐ Kışları/yazları burada oturuyorum ☐ Misafirim
12. Bu hastanede hangi bölüme başvurdunuz ?.....
13. Bu hastaneye başvurma nedeniniz nedir?(Lütfen kısaca belirtiniz).....
14. Aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
15. Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise; aile hekiminiz için uygun olanı seçiniz.
☐ Uzman aile hekimi ☐ Pratisyen aile hekimi ☐ Bilmiyorum
15. Şimdiye kadar bağlı olduğunuz aile hekiminizi değiştirdiniz mi? ☐ Evet ☐ Hayır
16. Cevabınız evet ise değiştirme sebebiniz nedir?.....
17. Aile sağlığı merkezine (sağlık ocağı) başvuru sıklığınız nedir?
☐ Hiç başvurmam ☐ Yılda 1-5 kez ☐ Yılda 6-10 kez
☐ Yılda 11-15 ☐ Yılda 16 ve fazla
18. Acil durumlar dışında herhangi bir rahatsızlığınızda ilk müracaat ettiğiniz sağlık kuruluşu hangisidir?
☐ Aile Sağlığı Merkezi (Sağlık Ocağı) ☐ Devlet Hastaneleri
☐ Üniversite/Eğitim Araştırma Hastaneleri ☐ Özel Hastaneler
19. En sık faydalandığınız sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?
☐ Aile Sağlığı Merkezi (Sağlık Ocağı) ☐ Devlet Hastaneleri
☐ Üniversite/Eğitim Araştırma Hastaneleri ☐ Özel Hastaneler
20. Aile sağlığı merkezine (sağlık ocağı) gidiyorsanız genellikle ne için gidersiniz? (Birden fazla seçim yapabilirsiniz)
☐ İlaç yazdırma ☐ Muayene ☐ Aşı
☐ Kontrol ☐ Aile planlaması ☐ Enjeksiyon- pansuman

Lütfen aşağıdaki ifadeleri yanıtlarken kendi hastalık durumunuzu ve kayıtlı olduğunuz aile sağlığı merkezini düşünerek sizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Bir sağlık sorunu olduğunda ilk aklıma gelen doktor aile hekimimdir.					
Aile sağlığı merkezi (sağlık ocağı) evime uzak.					
Aile hekimimde çözülemeyecek sorunlarım için başka hastanelere giderim.					
Aile sağlığı Merkezinin (sağlık ocağı) donanımı yetersiz.					
Aile hekimimde muayene için beklediğim süre hastanelere göre daha uzun.					
Aile hekimimle tüm sorunlarımı paylaşabilirim.					
Aile hekimim hastanedeki doktorlara göre daha uzun muayene eder.					
Aile sağlığı merkezine randevusuz gidebilirim.					
Kronik hastalık (tansiyon, şeker, kolesterol vb.) takiplerinin aile sağlığı merkezinde yapılması gerektiğini düşünüyorum.					
Aile sağlığı merkezinde pansuman, yara bakımı, dikiş alma gibi işler yapılabilir.					
Aile sağlığı merkezinde dikiş atma, tırnak çekme vb işler yapılabilir.					
Aile hekimimi yakınlarıma, komşularıma, tanıdıklarına tavsiye ederim.					
Üniversite hastanelerinde ödediğim katkı payı aile hekimliğine göre daha fazladır.					
Hastaneye başvurabilmek için aile hekiminin sevkine gerekmez.					
Aile sağlığı merkezindeki çalışanların ilgisinden memnunum.					
Aile sağlığı merkezinde şikayetimle ilgili etkin çözüm sunulmaktadır.					

Katkılarınız için teşekkür ederiz.