



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYİ VE FARKINDALIĞIN KİŞİLERİN SAĞLIK
HİZMETİ ALMA TERCİHLERİNE OLAN ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fatma Nur ÖZDEMİR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL – 2020



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ
KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYİ VE FARKINDALIĞIN KİŞİLERİN SAĞLIK
HİZMETİ ALMA TERCİHLERİNE OLAN ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fatma Nur Özdemir

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Engin Ersin ŞİMŞEK
Doç. Dr. Can ÖNER**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL – 2020

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Engin Ersin ŞİMŞEK ve Doç. Dr. Can NER kontrolünde tarafımdan üretildiğini ve eğitimlerde aldığım Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dr. Fatma Nur zdemir

TEŞEKKÜR

Bizlere sunmuş olduğu çalışma ortamından dolayı S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Başhekimisi Prof. Dr. Recep DEMİRHAN'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin boyunca bilgi birikimi ve tecrübeleri ile yol gösteren, en iyi olmamız için çaba sarf eden saygıdeğer hocam Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı Dr. Öğr. Üyesi Engin Ersin ŞİMŞEK'e,

Kliniğimize ve bizlere değerli katkılarından dolayı Kliniğimiz İdari Sorumlusu Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÇETİN'e,

Tezimin her aşamasında tecrübesi ve özverisi ile bana destek olan, emek harcayan, birlikte çalışmaktan mutlu olduğum tez danışmanım Doç. Dr. Can ÖNER'e,

Birlikte çalışmaktan onur ve gurur duyduğum değerli hocalarım Doç. Dr. Ekrem ORBAY'a, Doç Dr. Mustafa Reşat DABAK'a, Doç. Dr. Sabah TÜZÜN'e

Hiç bir konuda yardımını esirgemeyen ve tez döneminde desteğini her zaman hissettiğim Uzm. Dr. Nazlı HACIAGAOĞLU'na

Eğitiminin süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen Aile Hekimliği Kliniği uzman hekimleri Uzm. Dr. Müjgan KAYA TUNA'ya, Uzm. Dr. Hatice Esin TEMİZ'e,

Asistanlığım boyunca her türlü konuda hem bana hem kliniğimize desteğini her daim hissettiğim Aile Hekimliği Kliniği sekreteri Feyza ARSLAN'a,

Birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum, başta hemşire Gülbeyaz BOLAT ABİK ve Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nin diğer değerli çalışanlarına,

Asistanlık sürecinin zorluklarını ve keyfini paylaştığım, her zaman yanımda olan, asistanlığı devam eden ve uzman olmuş tüm değerli doktor arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde fedakarlıkları ve güvenleri ile her daim beni destekleyen kıymetli aileme,

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Fatma Nur Özdemir

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. SAĞLIĞIN TANIMI.....	3
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ	4
2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	4
2.2.1.1. Primer (Birincil) koruma:.....	5
2.2.1.2. Sekonder (İkincil) koruma:	5
2.2.1.3. Tersiyer (Üçüncül) koruma:.....	5
2.2.1.4. Kuaternar (Dördüncül) korunma:.....	5
a) Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler:.....	6
b) Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetler:.....	6
2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri:.....	7
2.2.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri:.....	8
2.2.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri:	8
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	9
2.2.3.1. Tıbbi rehabilitasyon:	9
2.2.3.2. Toplumsal rehabilitasyon:	9
2.2.4. Sağlıkın Geliştirilmesi Hizmetleri	9
2.3. AİLE HEKİMLİĞİ.....	10
2.3.1. Aile Hekimliği Tanımı.....	10

2.3.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	10
2.3.2.1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri:	11
2.3.3. Dünya'da ve Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ve Aile Hekimliği Gelişimi	13
2.3.4. Türkiye'de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	15
2.3.5. Aile Hekimliği Uygulamasında Mevcut Durum.....	17
2.3.6. Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi.....	17
2.3.6.1. Aile hekimliği uzmanlığı rotasyonları:	18
2.3.6.2. Eğitim aile sağlığı merkezi:	21
2.3.7. Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi	21
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	22
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. ÇALIŞMA TÜRÜ VE EVRENİ	24
3.2. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	24
3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	24
3.4. ÇALIŞMA HİPOTEZİ VE DEĞİŞKENLERİ.....	26
3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ	26
3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU	27
3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	27
4.BULGULAR	28
5.TARTIŞMA	42
6.SONUÇ	54
7.KAYNAKÇA	57
8.EKLER	60
EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU.....	60
EK 2: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU- E-ASM.....	65
EK 3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU- EAH.....	67

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları	20
Tablo 2: Katılımcıların Genel Özellikleri	28
Tablo 3: Kronik Hastalık Dağılımı	29
Tablo 4: Katılımcıların Katılım Yerleri Ve Sosyodemografik Verileri	30
Tablo 5: Katılımcıların Hizmet Aldığı Sağlık Kuruluşları.....	32
Tablo 6: Katılımcıların Demografik Özellikleri Ve İlk Başvuru Yerleri.....	33
Tablo 7: Katılımcıların İlk Başvurdukları Kurum Ve Tercih Nedenleri.....	35
Tablo 8: İlk Başvurulan Kurumun Aile Hekimliği Olması Ve ASM Yerini Bilme, Aile Hekimini Ve Aile Sağlığı Çalışanını Tanıma Arasındaki İlişkiler	36
Tablo 9: Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Bilgi Düzeyleri.....	37
Tablo 10: Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulaması Bilgi Düzeyi Ortalama Puanları Ve Sosyodemografik Özellikleri.....	39
Tablo 11: Katılımcıların Katılım Yerleri Ve Aile Hekimliği Uygulaması Bilgi Düzeyi Anketi Sorularına Verdikleri Cevaplar.....	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikler Ve Özellikler	13
Şekil 2: Katılımcıların Kendi Sağlık Durumlarını Tanımlamaları	31
Şekil 3: Katılımcıların Herhangi Bir Sağlık Sorunu İle Karşılaşmaları Durumunda İlk Başvuracağı Kurum	32
Şekil 4: Katılımcıların Tercih Nedenleri	34
Şekil 5: Katılımcıların Tercih Ettikleri Kurum Ve Aile Hekimliğinin Genel Sağlık Üzerine Olumlu Etkisi Konusunda Fikirleri	35
Şekil 6: Katılımcıların İkamet Yerlerinin Kayıtlı Oldukları ASM'ye Uzaklığı.....	36

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AÜ	: Asgari Ücret
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
FHC	: Family Health Center
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
TAHUD	: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TUK	: Tıpta Uzmanlık Kurulu
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians, Europe Region, Genel Pratisyenler/ Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü Avrupa Bölgesi

ÖZET

Amaç: Ülkemizde 2010 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulaması ile yürütülmektedir. Aile hekimliğinin, sevk zincirinin kaldırılması ile ilk başvuru sağlık kurumu olma zorunluluğu kaldırılmış, bu durum kişilerin birinci basamakta verilebilen hizmetleri diğer basamaklarda almasına neden olmuştur. Bu çalışmada; aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı olan ve hastaneyi daha sık kullanan grupların aile hekimliği bilgi düzeyleri ve iki grup arasında bilgi düzeyi farkı olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte tasarlanmış olup 1 Ocak 2020 – 1 Mayıs 2020 tarihleri arasında S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne ve Tuzla Eğitim ASM'ye başvuran toplam 489 hastaya ulaşılmıştır. Katılımcılara; sosyodemografik bilgiler, sağlık hizmeti alma tercihi ve aile hekimliği uygulaması bilgi düzeyi ölçme anketi yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen kişilerin aile hekimliği bilgi düzeyi anketinden aldıkları ortalama toplam puan $94,9 \pm 15,5$ olarak bulundu (maksimum 125). Katılım yerleri dikkate alındığında hastaneden katılanların ortalama toplam puanı $83,7 \pm 20,5$ ASM'den katılanların $99,9 \pm 9,1$ olarak bulundu. Katılımcıların %72,2'si aile hekimliğinde aşılama yapıldığını, %70,8'i gebe/lohusa takibi yapıldığını, %70,1'i evde sağlık hizmeti verildiğini, %79,3'ü tetkik hizmeti verildiğini biliyordu. Bu sorularda hastaneden katılanların doğru cevap verme oranı anlamlı olarak ASM'den katılan gruba göre daha yüksekti. Katılımcıların %80,8'i aile hekiminin TSM ile birlikte çalıştığını, %81,2'si aile hekimliğinde periyodik sağlık muayenesi yapıldığını, %55,2'i kanser taraması yapıldığını, %52,0'i ehliyet, işe giriş, evlilik ve benzeri için sağlık raporu düzenlendiğini bilmiyordu. Ayrıca katılımcıların %71,9'u aile hekimliğinde ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verildiğini, %71,8'i bebek/çocuk/ergen takibi yapıldığını yapıldığını biliyordu. Bu sorularda hastane ve ASM grubu arasında anlamlı fark görülmedi. Katılımcıların %66,9'u aile hekiminin geniş yanık alanı olan hastayı takip etmediğini, %74,0'i uzuv kaybı bulunan hastalar için fiziksel tedavi ve rehabilitasyon hizmeti vermediğini, %84,3'ü ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavi yapmadığını, %54,8'i diyet gereksinimi olan hasta için ayrıntılı diyet listesi düzenlemediğini, %79,8'i ASM'de görüntüleme tetkik hizmeti

verilmediğini, %88,7'si hafta sonu hizmet verilmediğini biliyordu. Her iki grubun verdiği doğru cevap oranı benzerdi.

Sonuç: Katılımcıların ortalama puanları değerlendirildiğinde kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgisi iyi düzeyde olmakla beraber bilinirliği çok düşük düzeyde kalan uygulamalar mevcuttur. Katılım yerleri dikkate alındığında hastaneden katılanların ortalama toplam puanının ASM'den katılanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olması dikkat çekicidir. Kişilerin hizmet talebini artırmayı sağlayacağı için aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi eksikliğinin giderilmesi konusunda çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği uygulaması, sağlık hizmeti arama davranışı, sağlık hizmeti yönetimi ve örgütlenmesi

ABSTRACT

Objective: In our country, primary health care services have been carried out with the practice of family medicine since 2010. With the abolition of the referral chain, the obligation of family medicine to be the first health institution to be consulted was abolished, and this situation caused people to receive primary care services at other levels. In this study; it was aimed to evaluate the practice of family medicine knowledge level of the groups registered to family health center and using the hospital more frequently, and whether there is a difference in the knowledge level between the two groups.

Materials and Methods: Between 1 January 2020 - 1 May 2020, a total of 489 patients who applied to S.B.Ü Kartal Dr. Lütfi Kırdar City Hospital Family Medicine Outpatient Clinic and Tuzla Education Family Health Center (FHC) were reached. Sociodemographic information, preference to receive health service and family medicine practice knowledge level measurement questionnaire was used with the face to face technique.

Results: The mean total score that the individuals included in our study got from the family medicine knowledge level questionnaire was found to be $94,9 \pm 15,5$ (maximum 125). Considering the places of participation, the mean total score of the participants from the hospital was $83,7 \pm 20,5$ and $99,9 \pm 9,1$ for the FHCs. 72,2% of the participants knew that vaccination was performed, 70,8% of them knew that pregnancy/puerperal patients were followed up, 70,1% of them knew that mobile/home health services was provided, and 79,3% of them knew that laboratory examination service was provided in the family medicine. In these questions, the rate of correct answers of the participants from the hospital was significantly higher than the group participating from FHC. 80,8% of the participants did not know that the family physician worked with public health center, 81,2% of them did not know that periodic medical examinations were carried out, 55,2% of the participants did not know that they could be screened for cancer and 52,0% of them did not know that medical reports was issued for driving licence, applying for job, marriage and so on, in the FHC. Also 71,9% of the participants knew that family medicine was provided for maternal and child health and reproductive health services, 71,8% knew that infant/child/adolescent was followed up in the FHC. In these questions, there was no

significant difference between the hospital and FHC groups. 66,9% of the participants knew that the family physician did not follow the patient with a wide burn area and 88,7% of them knew that there is no service at the FHC on weekends. 74,0% of them knew that physical therapy and rehabilitation services for patients with limb loss were not providing, 84,3% of them knew that diagnosis and treatment related to oral and dental health were not providing, 54,8% of them knew that the detailed diet list were not prepared for the patients in need of diet, 79,8% of them knew that imaging examination service were not providing in FHC. The rate of correct answers given by both groups was similar.

Conclusion: When the average scores of the participants are evaluated, although the knowledge of the family medicine practice is good, there are practices that have a very low level of awareness. Considering the places of participation, the average total score of the hospital attendees was significantly higher than those attending FHC. Studies should be carried out to eliminate the lack of information about family medicine practice, as it will increase the demand for services.

Key Words: Family medicine practice, healthcare seeking behavior, healthcare management and organization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Mevcut sağlığını korumak ve hastalık ya da sakatlık durumunda sağlığını geri kazanmak, insanın tüm hayatını etkileyen öncelikli bir durumdur. Çünkü sağlık, insan hayatının her alanında işlevselliğe sahiptir. Bundan dolayı sağlık hizmeti sunucusu olan kişiler ve kurumların varlığı her dönem için vazgeçilmezdir.

Sağlık profesyonellerinin ve kurumlarının yapılanması her dönemin ihtiyacına ve şartlarına göre sürekli değişim ve gelişim içinde olmuştur. Örneğin teknolojiye meydana gelen hızlı gelişmeler sonucunda artan tanı ve tedavi yöntemleri ve meydana gelen bilgi birikimi birçok yeni uzmanlık alanının ortaya çıkmasına sebep olmuş, zamanla bu süreç aşırı uzmanlaşma ile sonuçlanmıştır. Aşırı uzmanlaşma zamanla hastadan ziyade hastalığı iyileştirmenin amaç haline gelmesine sebep olmuştur. Bu durum da tek tek hastalıklara yönelen hekimlerin, hastayı bütüncül değerlendirme imkanını ortadan kaldırmıştır. Bu gelişmeler sonucunda 1923 yılında Dr. Francis Peabody, bu ihtiyacı ortaya koyarak, bütüncül değerlendirme yapılan ve bireyselleştirilmiş hizmet verebilen genel pratisyenliğe dönülmesi ihtiyacını ifade etmiştir. Sonrasında Avrupa ve Amerika'da birinci basamak hekimliği gelişmeye başlamış, bu amaç doğrultusunda temel tıp eğitimi sonrası özel eğitim almış, ve hastalık ayırımı yapmaksızın sürekli ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen, birinci basamakta sağlık hizmeti verecek hekimler yetiştirilmeye başlanmıştır. Bu hekimler genel pratisyen ya da aile hekimi, ait oldukları disiplin de genel pratisyenlik ya da aile hekimliği olarak adlandırılmıştır (1).

Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun güçlü bir şekilde sağlanabildiği ülkelerde sağlık sisteminin toplumun sağlık ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabileceği, sağlık hizmeti sunumunun daha adil bir şekilde yapılabileceği ve sağlık sisteminin maliyet etkinliğinin daha iyi düzeyde olacağı öngörülmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2008 Dünya Sağlık Raporunda, birinci basamak sağlık hizmet sunumunun; sağlık ihtiyaçlarını merkeze alan, bireysel ilişkiye dayalı, kişisel bakımın sürekli ve kapsamlı bir şekilde verildiği, hizmet alanların kendi sağlıkları ile beraber toplumun sağlığını da geliştirilmeye önem verdiği bir hizmet şeklinde olmasını önermektedir (3). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin uygulanmaya başlaması ile, ülkemizde 2005 yılından itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinde

sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezi almıştır. Böylece birinci basamağı daha güçlü bir sağlık sistemi hedeflenmiştir (4) (5). Ancak sevk zincirinin kaldırılması sebebi ile 2. ve 3. basamak kurum poliklinikleri, 1. basamakta çözülebilir hastaların başvuruları ile aşırı derecede yoğunlaşmıştır. Bu gereksiz yığılmalar, sistemin etkili kullanılmasının, tedavi hizmetlerinde kalitenin artırılmasının ve sağlık harcamalarındaki israfın azaltılmasının önündeki en önemli engellerden biri olmuştur. İki yönlü uygulanacak sevk sistemi ile; 1.basamak imkanları ile değerlendirilmesi yetersiz olan hastalar daha üst kuruma sevk edilebilecek, üst basamak kurumda tanısı koyulan ve tedavisi planlanan hastalar da tedavilerinin devamı, kontrol muayeneler ve bakım için daha alt seviyedeki kurumlara geri gönderilebilecektir (6). 2018 yılında İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) ülkelerinde yıllık ortalama hekime başvuru sayısı 6,2 iken Türkiye'de 9,5 olarak tespit edilmiştir (7). Türkiye'de yıllık başvuruların %33,6'sı 1.basamağa, %66,4'ü 2. ve 3.basamağa yapılmıştır (8). Bu oranlar istenenin ve hedeflenenin çok altındadır.

Bu çalışmada birinci basamağı aktif kullanan ve kullanmayan kişilerin bilgi düzeyi karşılaştırılarak, sosyodemografik verilerle beraber, bilgi düzeyinin birinci basamak kullanımını etkileyip etkilemediğinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIĞIN TANIMI

Sağlık ya da sağlıklı olma hali objektif kriterlere bağlı olmadığından herkes tarafından farklı şekilde tanımlanabilir. Sağ, diri olma anlamı da taşıyan 'sağlık' kelimesi genel olarak hastalığın olmayışı şeklinde ifade edilebilirse de, DSÖ günümüzde en çok kabul gören tanımını 1948 yılında "Sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir." şeklinde yapmıştır (9).

Sağlığı temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi'nde; sağlığın ön koşulları olarak; huzur, barınma, eğitim, gıda, gelir düzeyi, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik kavramlarına değinilir (10).

Hem DSÖ'nün tüzüğündeki tanımda yer alan 'sosyal yönden iyilik hali' ifadesi, hem de Ottawa Sözleşmesi'nde geçen ön koşullar göz önüne alındığında, sağlığın sadece kişisel faktörlerden etkilenmediği açıktır. Kapsamlı sağlık anlayışına göre; fiziksel, sosyal, ekonomik koşulları sağlayan tüm kurumların ve uygulamaların hem kişisel ve hem toplumsal sağlığı ve refahı etkilemesi beklenir (10).

Sağlığı etkileyen birçok faktör olup bu faktörler; genetik, davranışsal ve çevresel olmak üzere 3 ana başlıkta toplanabilir. Genetik faktörler değiştirilemezken, davranışsal ve çevresel faktörler değiştirilebilir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi de değiştirilebilir faktörlerin düzenlenmesi ile sağlanabilir. Kişilerin sağlık okur yazarlığı ve sağlıkları ile ilgili farkındalıkları artırılırsa bu, sağlık davranışı ve tercihlerinin daha doğru olmasını sağlayacaktır. Sağlık sistemi ve politikaları ile beraber ekonomik koşulların da iyileştirilmesi sayesinde de çevresel koşulların sağlık üzerine olumsuz etkisi azaltılabilir.

Sağlığın korunup geliştirilmesi için tıbbi bakım verilmesi, kişisel ve toplumsal davranışsal eğitim sağlık hizmetleri ile sağlanmaktadır. Bundan dolayı kanunlarla belirlenmiş şekilde yürütülen sağlık hizmetlerinin, sağlığın her aşamasındaki önemi yadsınamaz.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin tanımı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunda; "İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir." şeklinde yapılmıştır (11). 1978'te yayınlanan Alma Ata Bildirisi'nde "Temel sağlık hizmetleri, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir, herkese gerekli olan hizmetlerdir." ifadesi ile sağlık hizmetlerinin kapsamı belirtilmiştir. Ayrıca temel sağlık hizmetlerinin; geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirlediği ifade edilmiştir (12).

Sağlık hizmetleri dört başlık altında incelenebilir. Bunlar;

- 1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- 2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- 3.Rehabilitasyon Hizmetleri
- 4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri'dir.

Aile hekimi; birinci basamakta koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici sağlık hizmetlerini vererek ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin de bir üyesi olarak tüm basamaklarda yer alır (13).

2.2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bir kişide hastalık ve ya sakatlık oluşmadan önce, ortaya çıkmasını engellemeye yönelik verilen hizmetler ve yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamına girer. Koruyucu sağlık hizmetleri tüm sağlık hizmet basamakları arasında en önemli kısmı oluşturur. Çünkü hekimliğin amacı sadece hastaları tedavi etmek değil, insana sağlıklı ve uzun bir yaşam sağlamaktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimlik önceliklidir. Aynı zamanda koruyucu hekimlik tedavi hizmetlerine kıyasla, hem daha etkin, hem daha insancıl, hem de daha ucuzdur (14).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bazı özellikleri;

- Uygulanması daha kolaydır,

- Tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur,
- Daha az sayıda gereç ve personelle istenen hizmet verilebilir,
- Diğer sağlık hizmetlerine göre daha düşük nitelikli sağlık personeli ile etkin sonuçlar elde edilebilir,
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır,
- İşgücü kaybını asgariye indirir,
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur, şeklinde sıralanabilir (15).

Koruyucu sağlık hizmetleri dört düzeyde ele alınır;

2.2.1.1. Primer (Birincil) koruma: Dengeli beslenme, hijyen alışkanlığının kazandırılması, aşılama, çevrenin güvenli hale getirilmesi, düzenli hareket alışkanlığı kazanma gibi tamamen sağlıklı bireylerin de alabileceği, risk faktörü taşıyan kişilerde de hastalığın ortaya çıkmasının önlenmesini amaçlayan korumadır.

2.2.1.2. Sekonder (İkincil) koruma: Kişisel ve toplumsal düzeyde, erken tanı ve/ve ya tedavi ile sağlığın kaybedilmesine karşı önlem alınmasıdır. Tarama amaçlı yapılan kan basıncı takibi veya servikal sürüntü alınması örnek gösterilebilir.

2.2.1.3. Tersiyer (Üçüncül) koruma: Hastalığın ortaya çıkışının engellenemediği durumlarda hastalığa bağlı gelişebilecek bozuklukların mümkünce önlenmesi, önlenemiyorsa en aza indirilebilmesini amaçlayan korumadır. Bozukluğun kalıcı olması durumunda hastanın ve yakınlarının yeni duruma uyumunu sağlamak ve yaşam kalitesinin olabildiğince artırılmasını da kapsamaktadır.

2.2.1.4. Kuaternar (Dördüncül) korunma: Kişi odaklı bakım sağlamaya yönelik karmaşık ancak gerekli bir yaklaşım olarak; sağlık hizmetlerinde eşitliği teşvik etmeyi, aşırı teşhisi ve gereksiz müdahaleleri önlemeyi ve zarar vermekten kaçınmayı; özetlemek gerekirse tıbbi insancillaştırmayı öngörür. Bu küresel hareket içerisindeki tüm çabalar, etik kabul edilene eleştirel bir bakış açısı ile getirerek, sağlığın bir meta olduğu vizyonuna karşı çıkmaktadır (16). Dördüncül korunma aşırı

tanı, aşırı tedavi ve aşırı medikalizasyonu engelleyerek, tıbbın 'önce zarar verme' ana ilkesini destekler.

Koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamına göre de iki başlık altında incelemek mümkündür. Bunlar;

a) Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler: Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, daha çok sağlık personeli tarafından olmak üzere bireylere yönelik olarak verilir. Ağırlıklı olarak birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülür. Bu hizmetlerin verimli bir şekilde yürütülmesi için sağlık çalışanlarının, hizmet verdikleri bölgenin özelliklerine ve toplumun sosyal, kültürel, ekonomik yapısına hakim olmaları gerekir. Bu hizmetler;

- Erken tanı ve tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma,
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı
- Kişisel hijyen
- Sağlığa zararlı alışkanlıklarla mücadele
- Ruh sağlığı hizmetleri ve benzeridir.

b) Çevreye yönelik koruyucu hizmetler: Yaşadığı çevreden bağımsız olarak düşünülmesi imkansız olan insan için, olumsuz çevresel etmenleri tamamen ortadan kaldırarak ya da en aza indirerek, çevreyi daha olumlu hale getirme çabalarının tümünü kapsayan hizmetlerdir. Bu hizmetler, sağlık sektörü ve diğer sektörlerin işbirliği ile yürütülebilir. Belediyeler, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı bu kurumlardan bazılarıdır. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerden bazıları;

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) mücadele

- Hava kirliliği ile m¼cadele
- Radyasyonla ve g¼r¼lt¼ ile m¼cadele
- Sağlık eğitimi ve benzeridir.

2.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumunda bozulma olan kişinin tekrar hastalık ¼ncesi duruma gelmesini sağlayan hizmetlerdir. Hastanın ilk temas noktası olan aile hekimliği ile başlayıp diğer sağlık kurumları ile birlikte verilir. ¼ç basamak olarak gruplandırılır.

2.2.2.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri: Bireyin ve toplumun birlikte değerlendirildiği, ayakta ve evde verilebilen, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitimini de kapsayan hizmetlerdir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri;

- Toplum Sağlığı Merkezi (TSM),
- Aile Sağlığı Merkezi (ASM),
- Verem Savaş Dispanseri
- Halk Sağlığı Laboratuvarı,
- Kurum tabipliği,
- Belediyelere ait poliklinikler,
- Muayenehaneler,
- Entegre ilçe devlet hastaneleri gibi kurumlarda verilir (17)

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlık sisteminin en ¼nemli basamağını oluşturur. Kişilerin her t¼rl¼ nedenle başvurabildiği, sağlık ihtiyaçlarını karşılayabildiği, toplumun b¼y¼k kısmının tedavisinin yapıldığı, gerektiğinde ¼st basamağa sevk yapılabilen ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumu ve bu kurumda verilen sağlık hizmetidir (2). Bu bağlamda, temel g¼revi olan koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak imkanları ile m¼mk¼n olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin de verildiği aile hekimliği, esasında toplumun sağlık ihtiyaçlarının en b¼y¼k kısmını giderebilecek bir yapılanmadır.

2.2.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri: Kişilere ayakta ve/veya yatarak verilebilen teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar;

- Genel hastane (İl devlet hastanesi, ilçe devlet hastanesi ve bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri)
- Dal hastanesi,
- Entegre ilçe hastanesi,
- Ağız ve diş sağlığı hastanesi,
- Ağız ve diş sağlığı merkezi,
- Tıp merkezi
- Yönetmeliğe uygun ruhsatlandırılmış özel hastaneler gibi kurumlardır (17).

2.2.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için verilen sağlık hizmetleridir. Yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerine sahip kurumlarda verilebilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlar;

- Eğitim ve araştırma hastanesi,
- Dal eğitim ve araştırma hastanesi,
- Ağız ve diş sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi,
- Üniversite hastanesi
- Üniversite dal hastanesi,
- Üniversite ağız ve diş sağlığı hastanesi,
- Üniversite enstitüsü hastanesi,
- Üniversite ağız ve diş sağlığı merkezi,
- Yönetmeliğe göre üçüncü basamak olarak ruhsatlandırılan özel hastaneler gibi kurumlardır (17).

Bunlar dışında kalan kurumlar, sağlık hizmet sunumu bakımından basamaklandırılmayan sağlık kurumları/ kuruluşlar olarak sınıflandırılmıştır. Bu kurumlar arasında diyaliz merkezleri, optisyenlik müesseseleri, kaplıcalar, diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, tanı, tetkik ve görüntüleme merkezleri ile laboratuvarları, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri mevcuttur (17).

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziksel ve ruhsal hastalık ya da kazalara bağılı olarak gelişen kalıcı sakatlık ya da güçsüzlüğün, günlük hayata etkisini engellemek ya da en az düzeye indirmek için verilen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon ile; kişinin hem bedenen ve ruhen başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak ve iş gücü kaybını en aza indirmek amaçlanır. Rehabilitasyon hizmetleri iki başlık altında incelenir;

2.2.3.1. Tıbbi rehabilitasyon: Fonksiyon bozukluğunun, fiziksel tedavi ile birlikte benzer yöntemler kullanılarak düzeltilmesine ya da tamamı ya da bir kısmı kaybedilmiş olan organ yerine takılan ortez-protez ile fonksiyonu olabildiğince geri kazandırma türünden hizmetlere denir. Sağlık sektörü ve çalışanları tarafından verilen bir hizmettir.

2.2.3.2. Toplumsal rehabilitasyon: Fiziksel veya ruhsal sakatlık oluşması durumunda, kişilerin eğer çalışabilecek durumda ise yeni durumlarına uygun bir iş ile geçimlerini sağlayarak, topluma yük olmadan hayatlarını idame ettirmeleri gerekir. Bununla beraber kişi, sakatlığı sebebiyle çalışamayacak duruma geldiye bakım gereksinimi ortaya çıkar. Bu ve benzeri türden hizmetlere toplumsal ya da sosyal rehabilitasyon hizmetleri denir. Bu hizmetler ancak bir takım toplumsal kurum ve örgütlenmeler ile verilebilir. Bu hizmetler genel olarak sosyal hizmet kurumları ile personelinin yürüttüğü hizmetlerdir (18).

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Ottawa Bildirgesi'nde sağlığı geliştirme; bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrolü artıran ve sağlıklarını geliştirmelerine olanak veren bir süreç olarak tanımlanmıştır (10). Burada esas sorumluluk bireyde olmakla beraber tek başına bireyin çabası yeterli değildir. Bununla beraber çevresel faktörlerin de düzenlenmesi elzemdir. Bu sebeple sağlığın geliştirilmesinde; kişisel becerilerin geliştirilmesi başta olmak üzere, kamusal politikaların düzenlenmesi, toplumsal hareketlerin güçlendirilmesi, destekleyici çevrelerin oluşturulması ve gerekli görüldüğünde sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması gereklidir (19). Sağlığın korunması ve

geliştirilmesi henüz hastalık ortaya çıkmamışken yürütülen süreçler olduğu için bireyin katılımını sağlamak kolay değildir. Çünkü insan ancak hasta olduğunda sağlığın kıymetini anlar, ve ancak o zaman sağlığını geri kazanmak için çabalar (14). Kişinin hasta değilken dahi sağlık hizmeti alabildiği aile hekimi, güvene dayalı hasta- hekim ilişkisi sayesinde sağlığın geliştirilmesi sürecinde de aktif rol oynar.

2.3. AİLE HEKİMLİĞİ

2.3.1. Aile Hekimliği Tanımı

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians, Europe Region, Genel Pratisyenler/ Aile Hekimleri Ulusal Dernek, Akademi ve Akademik Birliklerinin Dünya Örgütü Avrupa Bölgesi) tarafından yapılan tanıma göre; Aile hekimliği/ genel pratisyenlik; eğitim içeriği kendine has, araştırması ve klinik uygulaması olan, kanıta dayalı olma özelliği taşıyan, akademik ve bilimsel bir disiplin olup birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (1). Tanımda genel pratisyenlik ve aile hekimliği için ortak tanım kullanılmış olsa da, kastedilen 6 yıllık tıp eğitimi sonrası en az üç yıl boyunca birinci basamak uzmanlık eğitimi almış hekimlerdir.

Sağlık Bakanlığı tanımına göre ise aile hekimleri; "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir" (20).

2.3.2. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

Aile hekimliği disiplininin özellikleri şu şekilde sıralanabilir;

a. Bireyin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasıdır ve hizmet almak isteyenlerin kişisel hiçbir özelliğine bakmaksızın, açık ve sınırsız bir giriş sağlayarak tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

- b. Hastanın gereksinimlerine göre belirlenen sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak ile yükümlüdür.
- c. Bireyle beraber ailesine ve toplumu da göz önünde bulundurarak, kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d. Bireylere sunulan bakımı koordine ederek ve birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla ekip halinde çalışarak sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar.
- e. Aile hekimliğine özgü olan bir hekim-hasta görüşme süreci sayesinde etkili bir iletişim kurularak hasta ile zamanla gelişme gösteren bir ilişki kurulur.
- f. Hastalıkların prevalans ve insidansının da belirleyici olduğu özgün bir karar verme sürecine sahiptir.
- g. Rahatsızlıkları henüz erken evrede iken ve ayrışmamışken yönetir.
- h. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetmesi beklenir.
- i. Uygun, etkili ve zamanında yapılan girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel boyutlarıyla ele alır.
- k. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

2.3.2.1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri: Çekirdek yeterlikler; uygulandıkları sağlık sisteminden bağımsız olarak bir disiplinin sahip olması zorunlu olan özelliklerdir. Aile hekimliği için bu; altı çekirdek yeterlikte toplanan, aile hekiminin ustalaşması gereken on bir yeteneği öngörür. Bunlar;

1. Birinci basamak yönetimi

- a) hasta ile ilk karşılaşmayı yönetme,
- b) gerekli durumlarda hasta adına savunuculuk yapabilme ve birinci basamakta beraber çalıştığı sağlık çalışanları ve diğer branş uzmanlarının sağladığı sağlık hizmetlerini koordine ederek uygun, etkili bir sağlık bakımı sunulmasını sağlama.

2. Kişi merkezli bakım

- c) hastalar ve problemlerle başa çıkarken kişi merkezli bir tutum benimseme,
- d) hasta ile yapılan görüşmeleri verimli bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma amacıyla kullanma, ve bu ilişkiyi geliştirebilme,
- e) hasta bakımının, kişisel gereksinimlere göre belirlenen şekilde sürekli olmasını sağlama.

3. Özgün problem çözme becerileri

f) belirli karar verme süreçlerini toplumdaki hastalıkların yaygınlığı ve sıklığı ile ilişkilendirme,

g) hastalık henüz erken dönemde ve ayrılaşmamış şekilde kendini gösterdiğinde durumu yönetme ve gerektiğinde acil müdahale kararı verme.

4. Kapsamlı yaklaşım

h) kişinin kronik hastalıklarını ihmal etmeden gelişen akut durumları yönetme,

i) bir yandan hastalıkların önlenmesini sağlamaya çalışırken öte yandan sağlığın geliştirilmesi için de uygun yöntemler ile sağlığı ve iyilik halini geliştirme.

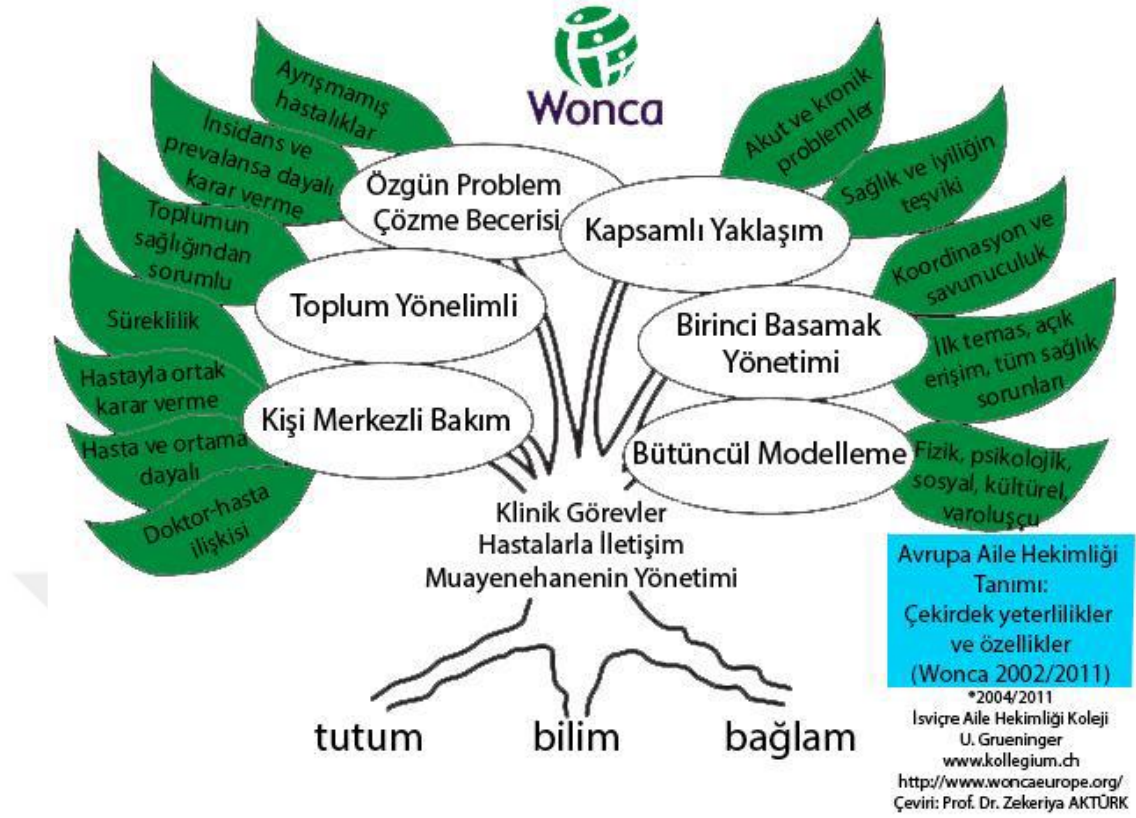
5. Toplum yönelimli olma

j) bireylerin sağlık ihtiyaçlarını, içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak değerlendirme ve mevcut kaynakları hem birey hem toplum için dengeli şekilde paylaşırma.

6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

k) bireyleri değerlendirirken sahip oldukları kültürel ve varoluşsal özellikleri ihmal etmeden değerlendirmeyi biyopsikososyal bir bakış açısı ile yapma.

Aile hekimliği disiplininin 6 çekirdek yeterliliği ve 11 temel özelliği 'WONCA ağacı' adı altında şu diyagram ile toplanmıştır;



Şekil 1: Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikler Ve Özellikler

2.3.3. Dünya'da ve Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin ve Aile Hekimliği Gelişimi

Her bilim gibi tıp bilimi de bilimsel, teknolojik ve sosyal etkilere cevap olarak değişmiş, gelişmiştir. Örneğin teknolojik gelişmeler yeni uzmanlık alanlarının ortaya çıkması ile sonuçlanmıştır. Ancak bu gelişme her zaman insanın faydasına olacak şekilde olmamıştır. 1923 yılında Francis Peabody, tıp bilimlerinde aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların sadece organizma olarak görüldüğü ve ortada kaldığını ifade etmiş ve hastaları bütüncül olarak değerlendirecek bir uzmanlık dalının gerekliliğini gündeme getirmiştir. Bu gereksinim sonucu ortaya çıkan aile hekimliğinin gündeme gelmesi sonrası ilk etkisi, 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners (Genel Pratisyenlik Kraliyet Koleji) kurulması olmuştur. Bu gelişme sonrasında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) 1966 yılında Millis ve Willard Raporlarını yayınlamış ve daha sonra birinci basamak bakım hakkında çalışan ve yeni bir uzmanlık dalı olan 'Aile Hekimliği' tanınmıştır.

Bir çok ülkede meydana gelen bu değişikliklere paralel olarak Türkiye’de de ‘Toplum Hekimliği’ kavramı ortaya çıkmış, sağlık sisteminde bütüncül yaklaşımın birinci basamağa yerleştirilmesine çalışılmıştır. Farklı ölkelerde ve sağlık sistemlerinde meydana tüm bu gelişmeler sonucu ortak bir dil kullanma gerekliliği ortaya çıkmış ve aile hekimliği uzmanlığı tanımının tüm ölkeler tarafından ortaklaşa kabul edilecek şekilde tekrar yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Böylece 1974’te Hollanda’da “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” adı ile bir toplantı yapılarak, birinci basamak hekimliğinin diğer klinik uzmanlık dallarında yapıldığı gibi insanı sadece organ ve ya sistemlerini esas alarak değerlendiren değil, bütüncül bir bakış açısı ile değerlendiren yeni bir uzmanlık dalı olduğu vurgusu ile aile hekimliğinin tanımı yeniden yapılmıştır.

1978’de Alma Ata Konferansı’nın önemli çıktılarından biri de, tüm ölkelere “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığında toplanmış olan hedef ve stratejilerin gösterilmesidir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmet sunumunda diğer sağlık hizmet basamaklarından farklı olarak kendine has koşullar bulunduğu ve bilgiler barındırdığı, bu hizmetin alanında uzmanlık yapmış hekimler tarafından sağlanmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Bu sayede pek çok ölkede bu konuyla ilgili çalışmalar başlamış ve sağlık sistemleri, politikaları bu yeni fikir ışığında tekrar değerlendirilmeye başlanmıştır (21).

Ölkemizde de bunun yansımaları SDP ile olmuştur. Değişen sağlık ihtiyaçı ve anlayışına cevap vermek üzere ulusal sağlık sisteminde köklü değişikler yapılmıştır. 16 Kasım 2002’de Acil Eylem Planı ile “Herkese Sağlık” başlığıyla açıklanan, sağlık alanında gerçeleştirilmesi planlanan temel hedefler belirtilmiştir. Bu plan kapsamında 2003 yılında başlatılan SDP temel hedefleri arasında; genel sağlık sigortasının uygulanması, aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılarak tüm illeri kapsar hale getirilmesi, toplum yönelimli sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastanelerin hem yönetim, hem finans otonomisine sahip hale getirilmesi bulunmaktadır. SDP bu amaçlar doğrultusunda sağlık sisteminde bir çok değişiklik sağlamıştır. Genel sağlık sigortası ile sağlık çıktılarındaki eşişsizliklerin giderilmesi amaçlanmış, özellikle daha yoksul nüfus grupları lehine sigorta kapsamının genişletilmesi hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ile sağlık seviyesinde iyileşme hedeflenmiştir. (5). Bununla beraber henüz aile hekimi

sayısının yeterli olmaması, hekim başına düşen kişi sayısında hedef olan Avrupa ortalamasına ulaşamamaya neden olmakta, mesai saatleri dışında birinci basamak hizmetlerinin sağlanmasına yönelik bir düzenleme bulunmamakta, sevk zinciri uygulaması olmadığından dolayı aile hekimi koordine edici olma görevini yerine getirememektedir (22).

Aile hekimliği, ülkemizde de diğer bir çok ülkeye benzer şekilde, birinci basamak uzmanlığı olarak yapılandırılmıştır. Aile hekimliği hizmetinin sunumu için en uygun kişiler uzman aile hekimleri olmakla beraber, ülkemizde uzman aile hekimi sayısının yetersiz olması, pratisyen hekimlerin de aile hekimliği uygulamasında yer almasını mecbur kılmıştır. Oluşturulan Aile Hekimliği Danışma Kurulu hekimlerin yeni sisteme hızlı entegre olabilmesi için iki aşamalı bir eğitim planı hazırladı. Eğitimin ilk aşamasında hekimlere (uzman aile hekimleri hariç) 10, yardımcı sağlık personeline ise 3 gün uyum eğitimi verildi. İkinci aşamadaysa, tıbbi bilgilerin güncellenmesini ve geliştirilmesini hedefleyen uzun süreye yayılmış eğitim şeklinde planlandı.

SDP çerçevesinde Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası, 2004 yılının Kasım ayında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edildi. Uygulama ilk olarak 2005 yılının Ekim ayında Düzce'de başlanmış, 2007 yılına kadar 30 ile genişletilmiştir. 2010 yılı sonu itibarıyla da tüm ülke genelinde Aile Hekimliği Uygulaması'na geçilmiş oldu (4).

2.3.4. Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde şu şekilde sıralanmıştır (13);

1. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birinci basamakta teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti ve danışmanlık hizmetlerini sunar,
2. Birime kayıtlı nüfusun tamamını göz önünde bulundurarak kişiyeye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir arada sağlar,
3. Kayıtlı bireylerin sağlıkla ilgili konularda rehberliğini üstlenir, bununla beraber hem sağlığı geliştirme/koruyucu sağlık hizmetlerini hem de aile planlaması/ana çocuk sağlığı hizmetlerini sunar,

4. Kayıtlı bireyler ile iletişime geçerek yada altı ay içerisinde ev ziyareti düzenleyerek kişilerle ilgili ilk değerlendirmeyi yapar,

5. Birimine bağlı bulunan bireylerin yaşını, cinsiyetini ve sahip oldukları hastalıkları göz önünde bulundurarak izlem ve taramalarını planlar ve yapar (yenidoğan/bebek/çocuk/adölesan ve erişkin/yaşlı sağlığı gibi yaş gruplarına yönelik sağlık taramaları, gebe/loğusa sağlığı, kanser, kronik hastalıklar gibi özel popülasyon için sağlık taramaları gibi),

6. Kendisine bağlı bulunan bireylerin periyodik sağlık muayenelerini takip eder,

7. Çalıştığı ASM'de tetkik hizmetlerini verir ya da bu hizmetlerin verilmesini sağlar,

8. Kayıtlı olan bireyleri yılda en az bir kez değerlendirmek suretiyle sağlık kayıtlarını güncel halde tutar,

9. Evde takip edilmesi gereken özürülü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olup kayıtlı nüfusuna dahil olan bireylerin, evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetleri ile koruyucu ve birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini almasını sağlar,

10. Tanı veya tedavisi ASM şartlarında yapılamamış hastaları sevk eder, sevk edilen hastalardan geri bildirim yapılanların üst basamak sağlık kurumlarında yapılan işlemleri ile ilgili bilgileri değerlendirir, bu kurumlarda verilmiş olan tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini evde bakım hizmetleri ile koordine eder,

11. Gerekli durumlarda ASM'de hastayı gözlem altında tutarak tetkik ve tedavi eder,

12. Entegre sağlık kurumunda çalışıyorsa gerekli durumlarda hastayı gözlem amaçlı yatırıp tetkik ve tedavisi eder,

13. ASM'nin yöneticisi olma görevini üstlenir, beraber çalıştığı ekibin denetleyicisidir ve ekibinin hizmet içi eğitim almasını sağlar,

14. Mevzuat gereği birinci basamak kuruluşlarda ve resmi tabipler tarafından düzenlenmesi gereken reçete, sağlık raporu, sevk evrakı gibi belgeleri düzenler.

2.3.5. Aile Hekimliği Uygulamasında Mevcut Durum

2018 yılı sağlık istatistiklerine göre Türkiye'de 26.252 aile hekimliği birimi mevcut. 7.979 ASM, 776 TSM, 5.259 sağlık evi var (8). Ülkemizde aktif olarak çalışan uzman aile hekimlerinin kurumlara göre dağılımına bakıldığında; 1502'sinin sağlık bakanlığı, 130'unun üniversite, 114'ünün özel kurumların bünyesinde çalıştığı ve toplam 1746 uzman aile hekiminin olduğu görülmektedir. Yüz bin kişiye düşen uzman aile hekimliği sayısının ise 2,31 olarak tespit edilmiştir (23). Türkiye'de 26.252 aile hekimliği birimi bulunmakta olup bunlardan 1.814'ünde uzman aile hekimi ya da diğer branş uzmanları, 22.268'indeyse pratisyen hekimler aile hekimliği görevini yürütmektedir. Aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus 3.405'tir. 2018 yılında aile hekimine toplam müracaat sayısı 258.436.607'dir. İkinci ve 3. basamak hastanelere müracaat sayısı 517.018.981'dir. Kişi başına düşen yıllık hekime müracaat sayısı toplam 9,51 olup, bunun 3,2'si birinci basamak kurumlara 6,3'ü ise ikinci ve üçüncü basamak hastanelere yapılmıştır (7,8).

Bir aile hekimliği birimine kayıtlı bulunan kişi sayısı verilen hizmetin kalitesini etkileyen en önemli etmenlerden biridir ve Sağlık Bakanlığının 2023 yılı hedefi aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfusu en fazla 2700 olacak şekilde düzenlemektir (24).

2.3.6. Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

Türkiye'de aile hekimliği ilk olarak 1983 yılında tababet uzmanlık tüzüğünde yer almıştır. Daha sonra 1984'te Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuş ve 1985'te Ankara, İstanbul ve İzmir'deki eğitim hastanelerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlamıştır (25). Dünyada aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1 yıl ile 6 yıl-9 ay arasında değişmekle birlikte, genel olarak 3-4 yıl arasındadır. Avrupa Birliği ülkelerinde uzmanlık eğitimi süresi asgari üç yıldır. Ülkemizde de uzmanlık eğitimi süresi üç yıl olarak uygulanmaktadır (26).

Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)'nun "Uzmanlık Eğitimi Müfredatları ve Standartları Değerlendirme ve Revizyonu" çalışmaları kapsamında; her branş için yapıldığı gibi aile hekimliği branşı için de bir komisyon oluşturularak, uzmanlığın gerektirdiği temel ilke ve esaslar göz önünde bulundurularak çekirdek müfredat hazırlanmıştır. Komisyon, yeni müfredatı Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu

tarafından 2007 senesinde oluşturulan ve daha sonra da geliştirilmeye devam edilen müfredatı ölçü olarak hazırlamıştır. Bu müfredat ile, aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren birimlere; bir aile hekiminin sahip olması gereken yeterlik alanları, bu alanlara ait ölçme değerlendirme yöntemleri, verilecek eğitimin alt yapısı ve öğrenme yöntemleri tanımlanmıştır (27).

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç ana bölümden meydana gelir. Bunlar; uzmanlık programı boyunca devam eden düzenli eğitim, belirlenen alanlarda rotasyonlar ve aile hekimliği uygulama eğitimidir.

Asistanlık sürecinde 2010 yılına kadar eğitim süresinin tamamı rotasyonlardan oluşmakta iken TUK'un 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararı ile rotasyonların süresi 18 ay olarak düzenlenmiştir (28). 18 ay olarak planlanan aile hekimliği uygulama eğitimi ile, mezuniyeti sonrasında birinci basamakta hizmet verecek olan aile hekimliği uzmanlık öğrencisinin bu amaca yönelik eğitim alması ve yeterlilik geliştirmesi amaçlanmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecinin yürütüldüğü yerler; aile hekimliği anabilim dalı ve bunlara bağlı poliklinikler, eğitim araştırma hastanelerinin aile hekimliği klinikleri ve poliklinikleri, Eğitim ASM'ler, eğitim amaçlı iş birliği yapılan ASM'lerdir (27).

2.3.6.1. Aile hekimliği uzmanlığı rotasyonları: Aile hekimliği uzmanlığında eğitimin bir bölümü saha eğitimi ya da uygulama eğitimi olarak isimlendirilir ve birinci basamakta verilir. Tanımlanmasının iyi yapılması gereken bu eğitim aile hekimliği uzmanlık eğitiminin temelini oluşturur ve bilinen aile hekimliği uygulaması içinde eğitim ortamı oluşturularak verilir. Uzmanlık öğrencisinin disiplini ve disiplinin uygulama özelliklerini öğrendiği esas yer eğitim ortamı haline getirilen aile hekimliği uygulamasıdır. Buradaki eğiticiler de bizzat sahada uygulama yapmakta olan uzman aile hekimleridir.

Aile hekimliği uygulaması eğitiminde sahada yalnızca aile hekimliği uygulaması yapmak yeterli değildir. Saha eğitimi ile birlikte; oluşturulan bir eğitim programını takip etmeye, bu programın uygulandığı bir merkeze, bu merkezden sorumlu eğiticilere (akademik ya da bunun için özel eğitim almış eğiticiler) ve saha eğitimi için özel olarak oluşturulan aile hekimliği eğitim birimlerine ihtiyaç vardır. Uzmanlık öğrencisi oluşturulan eğitim programına dahil olur, eğitim programının

yürütüldüğü merkeze gelir ve aile hekimliği uygulama eğitimini de programda bulunan aile hekimliği eğitim birimlerinde alır. Aile hekimliği eğitimine destek niteliğinde olan hastane rotasyonlarında uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği uygulamasında bazı ciddi hastalıklar daha az görüldüğü için, bu hastalıkların daha çok görülebildiği hastane ortamında eğitim alması amaçlanır (29). Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin 4 ay İç Hastalıkları, 3 ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4 ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 2 ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1 ay Kardiyoloji, 1 ay Acil Tıp, 1 ay Deri ve Zührevi Hastalıkları, 1 ay Göğüs Hastalıkları, 1 ay seçmeli (Nöroloji/ Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon/ Genel Cerrahi dallarından birinde 1 ay süre ile) rotasyon olmak üzere 9 branşta rotasyon alınmaktadır. Bu rotasyonlardan İç Hastalıkları ve Kadın Hastalıkları ve Doğum rotasyonlarının 1.; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Kardiyoloji rotasyonlarının 2.; Acil Tıp, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları rotasyonlarının ve seçmeli rotasyonun 3.yılda alınması önerilmektedir (28) (Tablo 1) .

Tablo 1: Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları

Rotasyona Gönderen Uzmanlık Alanı	Önerilen Uzmanlık Eğitim Yılı	Rotasyon Süresi (Ay)	Rotasyona Gönderilen Uzmanlık Alanı
Aile Hekimliği	1	4	İç Hastalıkları
	1	3	Kadın Hastalıkları ve Doğum
	2	4	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
	2	2	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
	3	1	Acil Tıp
	3	1	Deri ve Zührevi Hastalıkları
	3	1	Göğüs Hastalıkları
	2	1	Kardiyoloji
	3	1	Seçmeli rotasyon (Nöroloji / Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Genel Cerrahi dallarından birinde 1 ay süre ile.)

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programında, alan/saha eğitiminin; birinci basamakta, kanıta dayalı, etkin ve kaliteli olması gerektiği vurgulanmıştır. Öğrenim hedefleri arasında; aile hekimliğinin temel özelliklerini kavramak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde idari konuları bilmek, birinci basamakta araştırma planlayabilmek ve yürütebilmek, ayrışmamış hasta yönetimini bilmek gibi özellikler sayılmıştır (30).

2.3.6.2. Eğitim aile sağlığı merkezi: Mevzuatta eğitim ASM; eğitimcinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluğu olarak tanımlanmış ve uzmanlık öğrencisinin eğitim aile sağlığı merkezinde asgari 6 ay eğitim alması gerektiği belirtilmiştir (13).

Eğitim ASM, uzmanlık öğrencisinin; birinci basamak imkanları dahilinde hasta yönetimini öğrenmesine, rotasyonlarda edindiği bilgileri pekiştirmesine, hastane polikliniklerinden farklı olarak koruyucu hekimlik uygulamalarını daha yoğun yapabilmesine, bağlı bulunduğu TSM ve Halk Sağlığı Müdürlüğu ile iletişime geçebilme ve ASM'ye has yönetim ve uygulamalar hakkında tecrübe kazanmasına olanak sağlar.

2.3.7. Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Geçici 9. maddesinde “1/1/2020 tarihine kadar, 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Kanun hükümlerine göre sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, TUK tarafından belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimini yapabilir.” hükmüne dayanarak sözleşmeli aile hekimliği yapan pratisyen hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimini başlatılmıştır (31).

TUK'un 02–03.01.2014 tarih ve 406 sayılı kararı ile belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde, 2014 yılı İlkbahar dönemi Tıpta Uzmanlık Sınavında, puan şartını sağlayan sözleşmeli aile hekimleri, eğitim hastaneleri ve üniversitelerde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) adına ilk kez uzmanlık eğitimine alınmıştır. Tam zamanlı uzmanlık eğitiminden farklı olarak; puan hesaplanırken sadece klinik bilimler göz önünde bulundurulmakta ve merkezi yerleştirmeye tabi olanlardan farklı bir kat sayı kullanılmakta, yerleştirmeler Ölçme Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından değil THSK tarafından yapılmakta, yabancı dil şartı aranmamakta, eğitim süresi 6 yıl olup 18 ay rotasyon eğitimini, 54 ay sözleşmesinin bulunduğu ASM'de çalışma şeklinde olmakta, eğitime başladıkları tarihte çalıştıkları aile hekimliği birimini en az üç yıl değiştirmemek şartıyla uzmanlık eğitimini tamamlayanlar devlet hizmetini ifa etmiş sayılmaktadır (27,32).

Geçici maddede belirtilen tarih sebebi ile 2019 Sonbahar TUS'u ile son defa kontenjan açılmış ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı uygulaması sonlandırılmıştır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmetlerinin kullanımında sıklıkla, bu konudaki bir çok çalışmaya da yön veren Andersen'in 1968 yılında öne sürdüğü ve yıllar içinde geliştirilen davranışsal model kullanılmaktadır. Geliştirilen davranışsal modele göre sağlık hizmetleri kullanımı; kullanım konusundaki eğilimler, kullanımı kolaylaştırıcı faktörler ve sağlık bakımı ihtiyacından etkilenir.

Kullanım konusundaki eğilimler bireyin sahip olduğu özelliklere göre farklılık göstermektedir. Bu özellikler arasında; cinsiyet, yaş, medeni durum, sahip olunan ya da geçirilen hastalıklar, eğitim düzeyi, meslek, sosyokültürel özellikler, sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve inanışlar sayılabilir. Örneğin; yaş ile beraber kronik hastalık sıklığında artış olduğundan dolayı sağlık hizmeti kullanım sıklığı artmaktadır. Benzer şekilde 15-44 yaş arası üreme çağında olan kadınlar, aynı yaş grubundaki erkeklere göre daha fazla sağlık hizmeti almaktadır. Yüksek eğitim düzeyine sahip kişilerin sağlık sorunlarının farkına varma düzeyi daha yüksek olup sağlık hizmetini daha fazla talep etmektedirler.

Davranışsal modelin diğer bir ayağı olan kolaylaştırıcı faktörler hane halkı düzeyinde ve toplumsal düzeyde olmak üzere iki başlıkta incelenebilir. Gelir düzeyi, sağlık sigortasının varlığı hane halkı düzeyinde; sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının nüfusa oranı ve ulaşılabilirlik düzeyi, bir ülkenin bölgelerinin gelişmişlik düzeyi arasındaki farklılıklar, kıır/kent özellikleri de toplumsal düzeydeki kolaylaştırıcı faktörler arasında sayılabilir. Gelirin düzenli ve yeterli olduğu ve sağlık sigortasına sahip hane halkının sağlık hizmeti almasının daha kolay olduğunu söylemek mümkündür. Sağlık personeli ve kurumu sayısının kentsel bölgelerde daha fazla olması ve bu bölgelerde ulaşımın daha kolay olması, kentsel nüfusun sağlık hizmetine ulaşma imkanını artırır.

Davranışsal modeldeki üçüncü faktör ise sağlık bakımı ihtiyacıdır. Modelde ihtiyaç ile hastalık kastedilmektedir. İhtiyaç, algılanan ve değerlendirilen olarak iki

başlıkta incelenir. Algılanan ihtiyaç, bir kişinin genel sağlık durumunu değerlendirmesi, yaşadığı iş göremez/engelli gün sayısı ya da belli bir sürede kişi tarafından algılanan hastalık belirtileri göz önünde bulundurularak ölçülür. Değerlendirilen ihtiyaç ise hekim tarafından kişinin sağlık sorunu ve bu sorunun ciddiyetinin klinik bulgularla değerlendirmesidir. Böylece sağlık bakım ihtiyacı, hem bireyin algıladığı sağlıklı ya da sağlıksız olma durumuna, hem de sağlık personelinin değerlendirmesine bağlıdır (33).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA TÜRÜ VE EVRENİ

Çalışmamız kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte tasarlanmış olup 1 Ocak 2020 – 1 Mayıs 2020 tarihleri arasında S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 350 hasta ve Tuzla Eğitim ASM'ye başvuran 150 hastaya ulaşılması planlanmıştır. Hedeflenen katılımcılardan 489'una ulaşılmıştır.

3.2. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya 1 Ocak 2020-1 Mayıs 2020 arasında S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hastalardan bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı olan ve yıllık aile sağlığı merkezi başvuru oranı %33'ün altında olan 18 yaş üstü 350 kişi dahil edilecektir. Tuzla Eğitim ASM'ye kayıtlı olup başvuruda bulunan hastalardan 18 yaş üstü 150 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmaya gebe ve lohusa olan kişiler dahil edilmemiştir.

3.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmamızda sosyodemografik bilgiler, sağlık hizmeti alma tercihi ve aile hekimliği uygulaması bilgi düzeyi ölçme anketinden oluşan veri toplama formu kullanılmıştır.

Veri toplama formu: 13 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler, 10 sorudan oluşan sağlık hizmeti alma tercihi anketi ve 25 sorudan oluşan aile hekimliği uygulaması bilgi düzeyi ölçme anketi olmak üzere toplam 48 soruluk 3 bölümden oluşmaktadır.

Sosyodemografik bilgiler anketi 13 sorudan oluşmuş olup; Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu, sağlık güvencesi olup olmadığı, evin aylık toplam gelir durumu, yaşama ortamı (yalnız, ebeveynler ile, eş ve çocuklar ile, diğer), boy, kilo, kronik (devamlı) hastalığı olup olmadığı, devamlı kullandığımız ilaçları olup olmadığı, sağlık algısı (çok kötü, kötü, ne iyi ne kötü, iyi, çok iyi) sorularını içermektedir.

Sağlık hizmeti alma tercihi anketi 10 sorudan oluşmuş olup; sağlık hizmeti almak amacıyla başvuru yapılan kurumlar (aile sağlığı merkezi± devlet hastanesi± eğitim ve araştırma/ üniversite hastanesi± özel hekim/ poliklinik/ hastane± herhangi bir kuruluşun acil servisi), sağlık hizmeti almak amacıyla başvuru yapılan ilk kurum (ASM, devlet hastanesi, eğitim ve araştırma/ üniversite hastanesi, özel hekim/ poliklinik/ hastane, herhangi bir kuruluşun acil servisi), sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvuru yapılan kurumu tercih etme sebepleri (bulunulan yere yakın olması± alınan hizmetten memnun olma± tavsiye edilmiş olması± ekonomik olarak uygun olması± alışkanlık± randevusuz olması), aile hekimine başvuru yapmanın genel sağlığa olumlu etkisi olup olmadığı (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, fikrim yok, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum), aile hekimini bilme, aile sağlığı çalışanını bilme, bağlı olunan aile sağlığı merkezini bilme, bağlı olunan aile sağlığı merkezinin eve uzaklığı (çok yakın (500metreden az), yakın (500metre-1kilometre arası), uzak (1-2 kilometre arası), çok uzak (2 kilometreden fazla)), bağlı olunan aile sağlığı merkezine nasıl ulaşıldığı (yürüyerek, toplu ulaşım ile, özel araç ile), aile hekimliği sistemi ile ilgili sahip olunan bilginin yeterli bulunup bulunmadığı soruları yöneltilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması bilgi düzeyi ölçme anketinde pozitif ve negatif kontrol olmak üzere 25 soruya yer verilmiştir. Ankette beşli Likert ölçeği ile değerlendirme yapılmıştır.

Pozitif kontrol soruları şunlardır; toplum ve çevre sağlığı konusundaki durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir, teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir, ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir, periyodik sağlık muayenesi yapar, bebek/çocuk/ergen takibi yapar, bağışıklama hizmet verir(aşılama), kronik hastalık takibi yapar (tansiyon, şeker, kalp hastalığı v.b.), gebe/lohusa takibi yapar, kişinin boy-kilo değerlendirmesini yaparak diyet ihtiyacı olup olmadığını belirler, bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlar (uzman aile hekimi), kanser taraması yapar (kalın barsak, rahim ağzı, meme kanseri), evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerini yürütür, aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, tetkik hizmeti verir, gerekli durumlarda gözlem altına alarak hastayı tetkik ve tedavi eder, entegre sağlık kurumunda çalışıyorsa gerekli durumlarda hastayı gözlem amaçlı

yatırıp tetkik ve tedavi eder, ehliyet, işe giriş, evlilik v.b. için sağlık raporu düzenler, alkol, sigara, madde bağımlılığı olan kişiye danışmanlık hizmeti verir.

Negatif kontrol soruları şunlardır; geniş yanık alanı olan hastayı takip eder, uzuv kaybı bulunan hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verir, ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavi yapar, görüntüleme tetkik hizmeti verir (röntgen v.b.), ayrıntılı göz muayenesi sonrası gözlük reçete eder, hafta sonu hizmet verir, diyet gereksinimi olan hasta için diyet listesi düzenler.

3.4. ÇALIŞMA HİPOTEZİ VE DEĞİŞKENLERİ

Çalışmanın temel hipotezi;

H0 = 3.basamak bir sağlık kuruluşundaki aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar ile bir aile sağlığı merkezine kayıtlı hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarının arasında fark yoktur.

H1= 3.basamak bir sağlık kuruluşundaki aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalar ile bir aile sağlığı merkezine kayıtlı hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarının arasında fark vardır.

Çalışmanın bağımlı değişkenleri hastaların sağlık hizmeti alma tercihleri ve aile hekimliği sistemi bilgi düzeyidir. Çalışmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi olup olmadığı, evin aylık toplam gelir durumu, yaşama ortamı, boy, kilo, kronik hastalığı olup olmadığı, devamlı kullandığınız ilaçları olup olmadığı, sağlık algısıdır.

3.5. ÇALIŞMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Çalışma verileri analiz edilirken SPSS 21,0 paket programı kullanılmıştır. Analizlerde sıklık, ortalama, minimum- maksimum değerler, ortanca, standart sapma, yüzde gibi tanımlayıcı ölçütler kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veya parametrik olan veriler; student t testi ve ANOVA ile değerlendirilirken, non-parametrik veya normal dağılım göstermeyen veriler; Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Değişkenler arası ilişkileri değerlendirmede Pearson, Spearman korelasyon testlerinden yararlanılmıştır. Sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışmadaki tüm analizlerin sonucu, p değerinin 0,05 altında saptanması durumunda anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. ÇALIŞMANIN ETİK BOYUTU

Etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. 2019/514/167/29 numaralı, 06.12.2019 tarihli etik kurul onayı Ek-4 ile sunulmuştur. Gönüllü olan katılımcılara çalışmayla ilgili bilgi verilmiş olup, tüm katılımcılar Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-2 ve Ek-3) okuyarak imzalamışlardır.

3.7. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların bilgisinin kişisel ihtiyaca bağlı kullanılan hizmetlerden etkilenmesi, sorulan sorulara objektif cevap verememe olasılıklarının olması, katılımcıların verdikleri cevapların iç görü, farkındalık ve sosyokültürel özelliklerinden etkilenebilme ihtimali çalışmanın bir kısıtlılığıdır. Araştırma İstanbul ili S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine ve Tuzla Eğitim ASM'ye başvuran hastalara yönelik olduğundan sonuçlar, her hangi bir hastane bünyesinde bulunan aile hekimliği polikliniğine ve ya ASM'ye başvuran tüm hastalar için genellenmesi mümkün değildir. Veri toplamak için anket yöntemi tercih edildiğinden dolayı hastaların sorulara verdikleri cevapların doğru olduğuna inanılmaktadır.

4.BULGULAR

Çalışmaya 149 (%30,5)'u ASM'den, 340 (%69,5)'i hastaneden olmak üzere toplam 489 katılımcı alınmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu kadın (n=326; %66,7); yaş ortalaması $42,9 \pm 13,7$ yıldır. Katılımcıların %74,4 (n=364, %64)'ü evliydi. Katılımcıların yaklaşık yarısı (n=245; %50,1) 8 yıl ve altı eğitim düzeyine sahipti. Katılımcıların %48,1 (n=235)'i gelir getirici bir işte çalışırken %39,5 (n=193)'i çalışmamakta ve %12,5 (n=61)'i ise emekli idi. Katılımcılara ait demografik özellikler tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Genel Özellikleri

		n (%)
Katılım yeri	EAH	340 (69,5)
	ASM	149 (30,5)
Yaş (Yıl±SS)		42,9±13,7
Cinsiyet	Erkek	163 (33,3)
	Kadın	326 (66,7)
Eğitim durumu	8 yıl ve altı	245 (50,1)
	9 yıl ve üstü	244 (49,9)
Çalışma durumu	Çalışıyor	235 (48,1)
	Çalışmıyor	193 (39,5)
	Emekli	61 (12,5)
Sağlık Güvencesi	Var	480 (98,2)
	Yok	9 (1,8)
Aylık gelir	AÜ altı	6 (1,2)
	AÜ-AÜ iki katı	297 (60,7)
	AÜ iki katı- AÜ üç katı	134 (27,4)
	AÜ üç katı ve üstü	52 (10,6)
Kiminle yaşıyor	Yalnız	47 (9,6)
	Eş ve Çocuklar	46 (9,4)
	Ebeveynler	370 (75,7)
	Diğer	26 (5,3)
Kronik hastalık varlığı	Var	213 (43,6)
	Yok	276 (56,4)

Katılımcıların kronik hastalık dağılımı incelendiğinde en sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla; diyabet (n=105; %21,5), hipertansiyon (n=102, %20,9), hipotiroidi (n=36, %20,4) ve hiperlipidemi (n=28, %5,7)'dir (Tablo 3).

Tablo 3: Kronik Hastalık Dağılımı

	n, (%)
Diyabetes Mellitus	105 (21,5)
Hipertansiyon	102 (20,9)
Hipotiroidizm	36 (7,4)
Hiperlipidemi	28 (5,7)
Kardiyovasküler hastalıklar	20 (4,1)
Psikiyatrik hastalıklar	19 (3,9)
Gastroenterolojik hastalıklar	12 (2,5)
Eklem ve bağ doku hastalıkları	9 (1,8)
Nörolojik hastalıklar	8 (1,6)
Göğüs hastalıkları	8 (1,6)
Enfeksiyon hastalıkları	6 (1,2)
Diğer hastalıklar	15 (3,1)

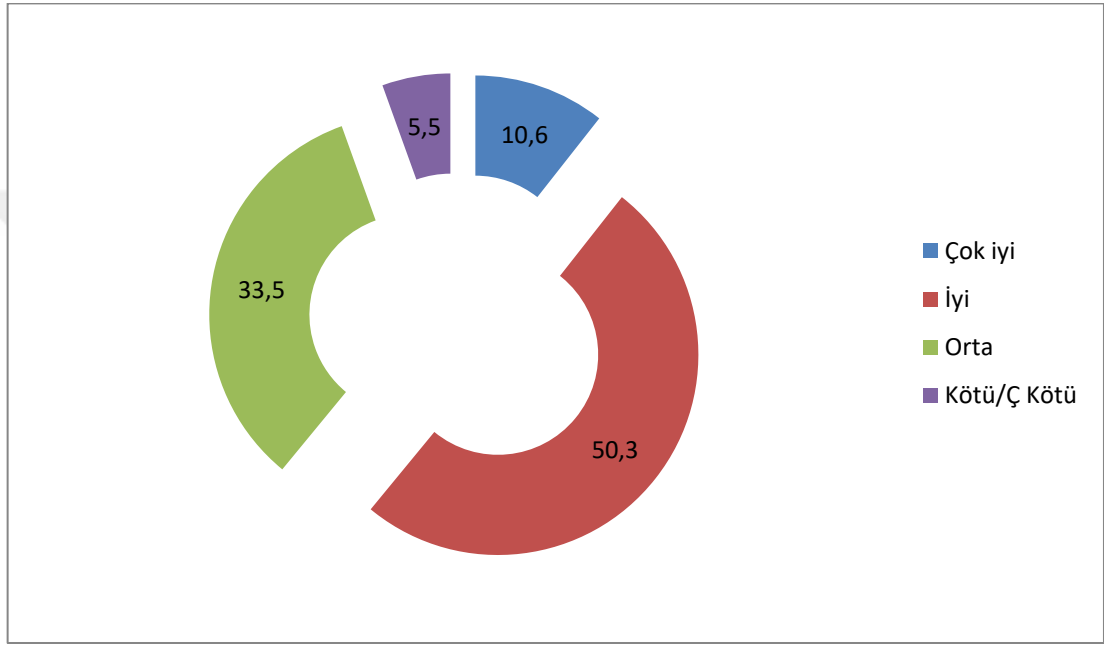
Katılımcıların katıldıkları yerler dikkate alındığında demografik özelliklerinden yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve kronik hastalık varlığı anlamlı olarak farklılık göstermekteydi. ASM'den çalışmaya katılanlar anlamlı olarak daha gençti ($38,7 \pm 12,9$ vs $44,7 \pm 13,7$; $p=0,000$). ASM'den başvuranların büyük çoğunluğu asgari ücretin 2 katında az gelir düzeyine sahipti (n=100; %67,1). Eğitim hastanesine başvuranlarda ise bu oran %59,7 (n=203) olarak bulunmuştur ($p=0,001$). Öte yandan ASM'den katılanlardan kronik hastalığı olanların oranı %28,2 (n=42) iken bu oran hastaneden katılanlarda %50,3 (n=171) ($p=0,000$) olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların Katılım Yerleri Ve Sosyodemografik Verileri

		ASM n (%)	EAH n (%)	P
Yaş (Yıl±SS)		38,7±12,9	44,7±13,7	0,000
Cinsiyet	Erkek	44 (29,5)	119 (35,0)	0,238
	Kadın	105 (70,5)	221 (65,0)	
Medeni durum	Evli	119 (79,9)	245 (72,1)	0,069
	Bekar	30 (20,1)	95 (27,9)	
Eğitim durumu	8 yıl ve altı	66 (44,3)	179 (52,6)	0,089
	9 yıl ve üstü	83 (55,7)	161 (47,4)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	66 (44,3)	169 (49,7)	0,450
	Çalışmıyor	65 (43,6)	128 (37,6)	
	Emekli	18 (12,1)	43 (12,6)	
Sağlık Güvencesi	Var	146 (98,0)	334 (98,2)	1,000
	Yok	3 (2,0)	6 (1,8)	
Aylık gelir	AÜ altı	6 (4,0)	0 (0,0)	0,001
	AÜ-AÜ iki katı	94 (63,1)	203 (59,7)	
	AÜ iki katı- AÜ üç katı	33 (22,1)	101 (29,7)	
	AÜ üç katı ve üstü	16 (10,7)	36 (10,6)	
Kiminle yaşıyor	Yalnız	16 (10,7)	31 (9,1)	0,178
	Eş ve Çocuklar	119 (79,9)	251 (73,8)	
	Ebeveynler	9 (6,0)	37 (10,9)	
	Diğer	5 (3,4)	21 (5,2)	
Kronik hastalık varlığı	Var	42 (28,2)	171 (50,3)	0,000
	Yok	107 (71,8)	169 (49,7)	

Katılımcılara genel sağlık durumlarını nasıl algıladıkları sorulmuştur. Katılımcıların 27 (%5,5)'si genel sağlığını çok kötü/ kötü olarak tanımlarken 52 (%10,6)'si genel sağlığının çok iyi, 246 (%50,3)'sü ise iyi olarak tanımlamıştır. Genel sağlığına ne iyi ne kötü olarak tanımlayan kişi sayısı ise 164 (%33,5)'tür (Şekil 2). Katılımcıların sağlık durumlarını tanımlamaları ile demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde yaş ($p=0,000$), cinsiyet ($p=0,000$), medeni durum ($p=0,000$),

eğitim düzeyi ($p=0,000$), çalışma durumları ($p=0,000$) açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Öte yandan katılımcıların katılım yerlerine göre bakıldığında sağlığını kötü ve ya çok kötü olarak tanımlayanların 5'i (%18,5) ASM'den, 22'si (%81,5) hastaneden çalışmaya katılmıştır. İki grup arasında farklılık tespit edilememiştir ($p=0,169$).



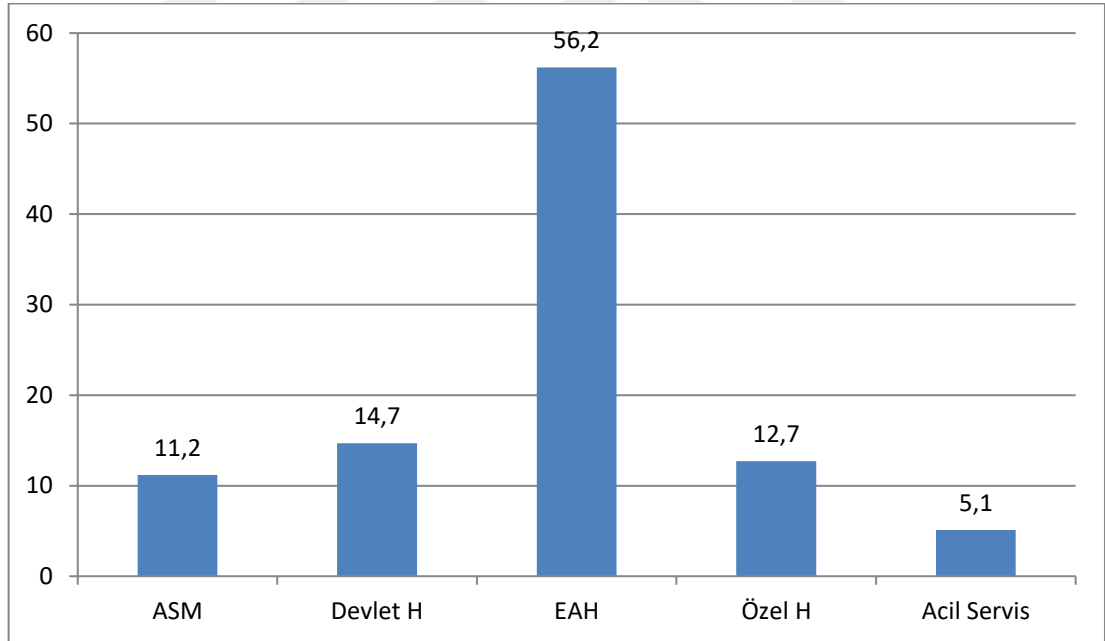
şekil 2: Katılımcıların Kendi Sağlık Durumlarını Tanımlamaları

Katılımcılara sağlık hizmeti almak amacıyla başvurdukları kurumların neler olduğu sorulmuş, %91,8 ($n=449$)'i ASM'den, %63,8 ($n=312$) devlet hastanelerinden ve %88,1'i ($n=431$) eğitim araştırma ve ya niversite hastanesinden hizmet almaktadır. Özel hastanelerden hizmet alanların oranı %31,7 ($n=155$) iken acil servislerden hizmet alanların oranı %43,4 ($n=212$)'dir (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Hizmet Aldığı Sağlık Kuruluşları

Kuruluş	Hizmet alan n, (%)	Hizmet almayan n, (%)
ASM	449 (91,8)	40 (8,2)
Devlet hastanesi	312 (63,8)	177 (36,2)
Eğitim araştırma/ Üniversite hastanesi	431 (88,1)	58 (11,9)
Özel Hastane	155 (31,7)	334 (68,3)
Acil servis	212 (43,4)	277 (56,6)

Katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşmaları durumunda ilk başvuracağı kurum şekil 3'de verilmiştir. Şekil izlendiğinde katılımcıların büyük kısmının eğitim araştırma/üniversite hastanesine başvurduğu görülmüştür (%56,2; n=275).



Şekil 3: Katılımcıların Herhangi Bir Sağlık Sorunu İle Karşılaşmaları Durumunda İlk Başvuracağı Kurum

Katılımcıların ilk başvurdukları kurum ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde medeni durum, kronik hastalık varlığı, eğitim

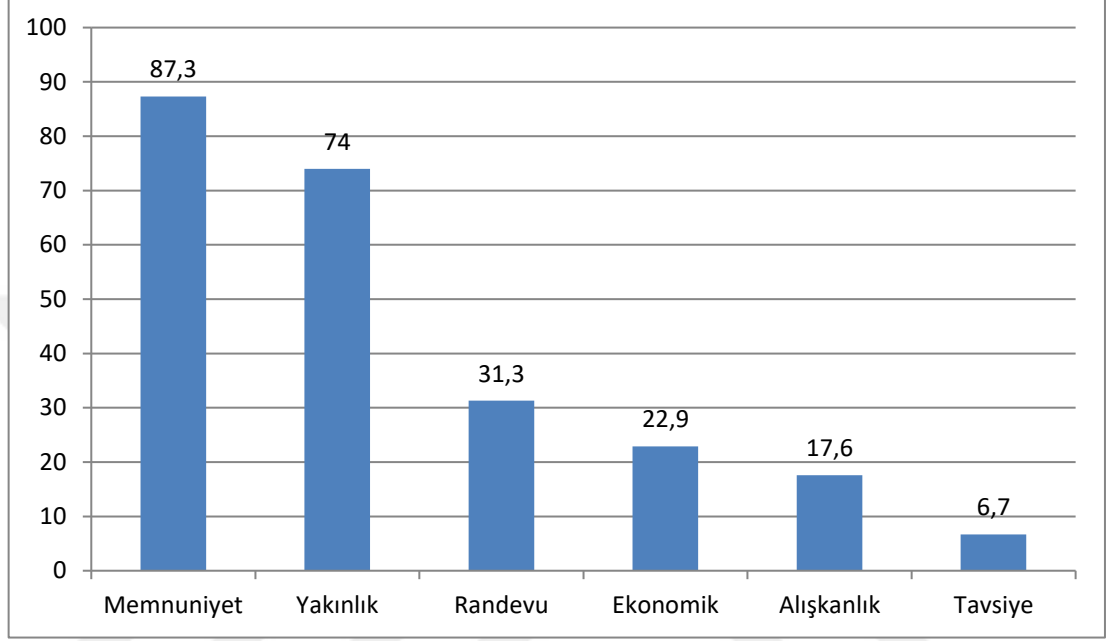
düzeıı, çalışma durumu, gelir düzeıı ve yaşam ortamı ile ilişkili bulunmuştur. İlişkiler incelendiğinde medeni durumdan kaynaklanan farklılığın evlilerin bekarlara göre acil servisi; kronik hastalığı olanların eğitim araştırma hastanelerini; 9 yıl ve üstü eğitime sahip olanların özel hastaneleri; çalışmayanların acil servisleri ve yalnız yaşayanların ASM'yi daha fazla kullanmasından kaynaklandığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Demografik Özellikleri Ve İlk Başvuru Yerleri

		ASM n (%)	DH n (%)	EAH n (%)	Özel H n (%)	Acil n (%)	P
Yaş (Yıl±SS)**		40,7 ±14,7	46,2±13,4	44,1±14,0	36,4±9,9	40,8±12,0	0,000
Cinsiyet*	Erkek	19 (11,7)	28 (17,2)	92 (56,4)	17 (10,4)	7 (4,3)	0,675
	Kadın	36 (11,0)	44 (13,5)	183 (56,1)	45 (13,8)	18 (5,5)	
Medeni durum*	Evli	40 (11,0)	54 (14,8)	198 (54,4)	47 (12,9)	25 (6,9)	0,048
	Bekar	15 (12,0)	18 (14,4)	77 (61,6)	15 (12,0)	0 (0,0)	
Eğitim durumu*	≤8 yıl	21 (8,6)	43 (17,6)	155 (63,3)	9 (3,7)	17 (6,9)	0,000
	≥9 yıl	34 (13,9)	29 (11,9)	120 (49,2)	53 (21,7)	8 (3,3)	
Çalışma durumu*	alışıyor	28 (11,9)	34 (14,5)	127 (54,0)	39 (16,6)	7 (3,0)	0,005
	alışmıyor	14 (7,3)	31 (16,1)	112 (58,0)	21 (10,9)	15 (7,8)	
	Emekli	13 (21,3)	7 (11,5)	36 (59,0)	2 (3,3)	3 (4,9)	
Sağlık Güvencesi*	Var	53 (11,0)	72 (15,0)	269 (56,0)	62 (12,9)	24 (5,0)	0,365
	Yok	2 (22,2)	0 (0,0)	6 (66,7)	0 (0,0)	1 (11,1)	
Aylık gelir*	≤ AÜ X2	38 (12,5)	51 (16,8)	173 (57,1)	20 (6,6)	21 (6,9)	0,000
	AÜ X2 -X3	11 (8,2)	21 (15,7)	78 (58,2)	22 (16,4)	2 (1,5)	
	≥AÜ X3	6 (11,5)	0 (0,0)	24 (46,2)	20 (38,5)	2 (3,8)	
Kiminle yaşıyor*	Yalnız	10 (21,3)	9 (19,1)	25 (53,2)	3 (6,4)	0 (0)	0,046
	Diğer	45 (10,2)	63 (14,3)	250 (56,6)	59 (13,3)	25 (5,7)	
Kronik hastalık *	Var	19 (8,9)	32 (15,0)	137 (64,3)	12 (5,6)	13 (6,1)	0,000
	Yok	36 (13,0)	40 (14,5)	138 (50,0)	50 (18,1)	12 (4,3)	

* satır yüzdesi, ki kare, ** tek yönlü ANOVA

Katılımcılara herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru kurumu tercih nedenleri sorulmuştur. Katılımcıların %87,3 (n=427)'ü memnuniyet, %74,0 (n=362)'ü yakın olması ve %31,3 (n=153)'ü randevusuz olmasını tercih sebebi olarak göstermişlerdir. Katılımcıların tercih nedenleri şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4: Katılımcıların Tercih Nedenleri

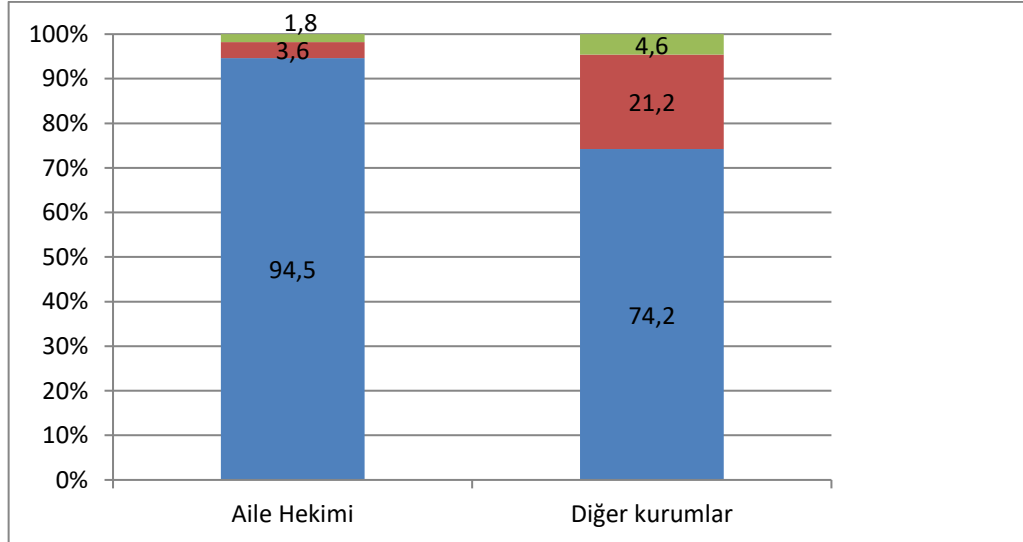
Katılımcıların ilk başvurdukları kurum ve tercih nedenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde ASM'ye başvuranların tercih nedenleri arasında %90,9 (n=50) memnuniyet, %90,9 (n=50) randevusuz kullanabilme, %30,9 (n=17) ekonomik nedenler, %98,2 (n=54) yakın olması ve %10,9 (n=6) tavsiye olduğu görülmektedir. Yakın olma eğitim araştırma hastaneleri ve özel hastanelerde sırasıyla %65,8 (n=181) ve %69,4 (n=43) iken bu oran devlet hastanelerinde %86,1 (n=62) olarak bulunmuştur. Memnuniyet açısından bakıldığında devlet hastaneleri ve acil servisler en düşük orana sahiptir (Sırasıyla %75,0; n=54 vs %76,0; n=19) (Tablo 7).

Katılımcıların büyük bir kısmı (%76,5; n=374) aile hekiminden hizmet almanın genel sağlığına olumlu etkisi olacağını düşünmektedir. Katılımcıların %19,2 (n=94)'si bu konuda herhangi bir fikri olmadığını, %4,3 (n=21)'ü ise aile hekiminden hizmet almanın sağlığına olumlu etkisi olmayacağını düşünmektedir.

Tablo 7: Katılımcıların İlk Başvurdukları Kurum Ve Tercih Nedenleri

	ASM n (%)	DH n (%)	EAH n (%)	Özel H n (%)	Acil n (%)	p
Memnuniyet	50 (90,9)	54 (75,0)	248 (90,2)	56 (90,3)	19 (76,0)	0,003
Yakınlık	54 (98,2)	62 (86,1)	181 (65,8)	43 (69,4)	22 (88,0)	0,000
Ekonomik nedenler	17 (30,9)	31 (43,1)	55 (20,0)	4 (6,5)	5 (20,0)	0,000
Tavsiye	6 (10,9)	4 (5,6)	14 (5,1)	9 (14,5)	0(0,0)	0,031
Alışkanlık	3 (5,5)	7 (9,7)	66 (24,0)	9 (14,5)	1 (4,0)	0,000
Randevu	50 (90,9)	6 (8,3)	36 (13,1)	38 (61,3)	23 (92,0)	0,000

Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda aile hekimliğine başvuranların %94,5 (n=52)'i aile hekiminden hizmet almanın genel sağlığına olumlu etkisi olduğunu düşünürken, bu oran diğer kurumlardan hizmet alanlarda %74,2 (n=322)'dir. İlk hizmet noktası aile hekimliği olan katılımcıların %3,6 (n=2)'sı fikir beyan etmemişken, aile hekiminden hizmet almanın sağlığına olumlu etkisi olmadığını düşünenlerin oranı %1,8 (n=1)'dir. Bu oranlar diğer sağlık kurumlarından hizmet alanlarda sırasıyla %21,2 n=92 ve %4,6 (n=20)'dir (p=0.003) (Şekil 5).



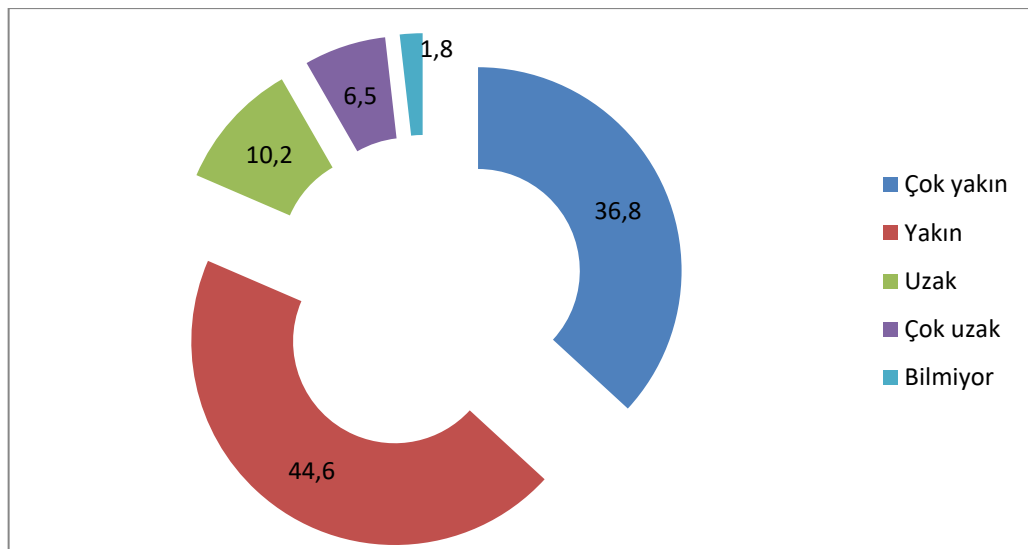
Şekil 5: Katılımcıların Tercih Ettikleri Kurum Ve Aile Hekimliğinin Genel Sağlık Üzerine Olumlu Etkisi Konusunda Fikirleri

Katılımcıların %96,9 (n=474)'u bağlı bulunduğu ASM'nin yerini bilmekte, %87,5 (n=428)'i aile hekimini ve %45,0 (n=220)'i aile sağlığı çalışanını tanımaktaydı. İlk başvuru kurumunun aile hekimliği olması ve ASM yerini bilme, aile hekimini ve aile sağlığı çalışanını tanıma arasındaki ilişkiler tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: İlk Başvurulan Kurumun Aile Hekimliği Olması Ve ASM Yerini Bilme, Aile Hekimini Ve Aile Sağlığı Çalışanını Tanıma Arasındaki İlişkiler

		Aile Hekimliği n, (%)	Diğer kurumlar n, (%)	P
ASM yerini bilme	Biliyor	55 (100)	419 (96,5)	0,395
Aile Hekimini tanıma	Tanıyor	51 (92,7)	377 (86,9)	0,280
ASÇ tanıma	Tanıyor	26 (47,3)	194 (44,7)	0,718

Katılımcıların ikamet yerlerinin kayıtlı oldukları ASM'ye uzaklığı incelendiğinde çok büyük bir kısmının 1 kilometreden daha az mesafede olduğu görülmüştür (%81,4; n=398) (Şekil 6). Katılımcıların %85,5 (n=418)'i yürüyerek ASM'ye ulaşabilmektedir. ASM'nin ikamet yerine uzaklığı ve ilk tercih edilen kurum olması arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0.009). ASM'ye ulaşım şekliyle ise anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.239).



Şekil 6: Katılımcıların İkamet Yerlerinin Kayıtlı Oldukları ASM'ye Uzaklığı

Katılımcıların aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek için 25 soru yöneltilmiştir. Sorulara verilen yanıtlar tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulaması İle İlgili Bilgi Düzeyleri

	Katılıyorum* n (%)	Fikrim yok n (%)	Katılmıyorum ** n (%)
1-Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir.	94 (19,2)	367 (75,1)	28 (5,7)
2-Teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.	406 (83,0)	14 (2,9)	69 (14,1)
3- Geniş yanık alanı olan hastayı takip eder.	35 (7,2)	127 (26,0)	327 (66,9)
4- Ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir.	352 (71,9)	71 (14,5)	66 (13,5)
5-Periyodik sağlık muayenesi yapar.	92 (18,9)	325 (66,5)	72 (14,7)
6- Uzun süreli bulunan hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verir.	12 (2,4)	115 (23,5)	362 (74,0)
7-Bebek/çocuk/ergen takibi yapar.	351 (71,8)	62 (12,7)	76 (15,5)
8- Bağışıklama hizmet verir(aşılama).	353 (72,2)	46 (9,4)	90 (18,4)
9- Ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavi yapar.	6 (1,2)	71 (14,5)	412 (84,3)
10-Kronik hastalık takibi yapar. (Tansiyon, şeker, kalp hastalığı v.b.)	290 (59,3)	103 (21,1)	96 (19,8)
11- Gebe/lohusa takibi yapar.	346 (70,8)	71 (14,5)	72 (14,7)
12- Kişinin boy-kilo değerlendirmesini yaparak diyet ihtiyacı olup olmadığını belirler.	239 (48,9)	148 (30,3)	102 (20,9)
13-Bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlar. (Uzman aile hekimi)	183 (37,5)	130 (26,6)	176 (36,0)
14- Görüntüleme tetkik hizmeti verir. (Röntgen v.b.)	8 (1,6)	91 (18,6)	390 (79,8)
15- Kanser taraması yapar. (Kalın barsak, rahim ağzı, meme kanseri)	219 (44,8)	137 (28,0)	133 (27,2)
16- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerini yürütür.	343 (70,1)	48 (9,8)	98 (20,1)

17- Ayrıntılı göz muayenesi sonrası gözlük reçete eder.	19 (3,9)	132 (27,0)	338 (69,1)
18-Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder.	397 (81,2)	15 (3,1)	77 (15,7)
19- Tetkik hizmeti verir.	388 (79,3)	22 (4,5)	79 (16,2)
20- Hafta sonu hizmet verir.	14 (2,9)	41 (8,4)	434 (88,7)
21-Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar.	224 (45,8)	197 (40,3)	68 (13,9)
22-Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar.	107 (21,9)	340 (69,5)	42 (8,6)
23- Diyet gereksinimi olan hasta için diyet listesi düzenler.	88 (18,0)	133 (27,2)	268 (54,8)
24- Ehliyet, işe giriş, evlilik v.b. için sağlık raporu düzenler.	235 (48)	125 (25,6)	129 (26,4)
25- Alkol, sigara, madde bağımlılığı olan kişiye danışmanlık hizmeti verir.	238 (48,7)	164 (33,5)	87 (17,8)

Katılımcıların bilgi düzeylerini değerlendirmek için her bir soruya araştırmacılar tarafından bir puan verilmiş ve toplam aile hekimliği uygulaması bilgi puanı elde edilmiştir. Katılımcıların ortalama toplam puanı $94,9 \pm 15,5$ 'dir (minimum 47, maksimum 125). Kadın katılımcıların aldıkları ortalama puan $97,5 \pm 14,5$ iken, erkek katılımcıların aldıkları ortalama puan $89,8 \pm 16,2$ 'dir ($p=0,000$). Öte yandan katılımcıların çalışmaya katıldıkları yer dikkate alındığında ASM'den katılanların bilgi puanı hastaneden katılanlara göre anlamlı olarak düşüktür (sırasıyla $83,7 \pm 20,5$ vs $99,9 \pm 9,1$; $p=0,000$). Yaş ve toplam bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı farklılık gösterilememiştir ($r=-0,008$; $p=0,865$). Katılımcıların eğitim düzeyi ile aldıkları bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı farklılık yokken ($p=0,658$), gelir düzeyi ile anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,000$). Öte yandan katılımcıların kronik hastalık varlığı ile aldıkları ortalama bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı farklılık yokken ($p=0,265$), çalışma durumları ve medeni durum ile anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p=0,016$; $p=0,016$). (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Aile Hekimliği Uygulaması Bilgi Düzeyi Ortalama Puanları Ve Sosyodemografik Özellikleri

		Ortalama bilgi düzeyi puanı	p
Katılım yeri	ASM	83,7±20,5	0,000
	EAH	99,9±9,1	
Cinsiyet	Erkek	89,8±16,2	0,000
	Kadın	97,5±14,5	
Medeni durum	Evli	95,6±15,4	0,016
	Bekar	93,1±15,8	
Eğitim durumu	8 yıl ve altı	95,4±13,5	0,658
	9 yıl ve üstü	94,4±17,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	93,3±17,3	0,016
	Çalışmıyor	97,3±13,7	
	Emekli	93,8±12,3	
Sağlık Güvencesi	Var	94,9±15,4	0,137
	Yok	97,8±19,1	
Aylık gelir	AÜ altı	74,2±20,6	0,000
	AÜ-AÜ iki katı	94,5±15,1	
	AÜ iki katı- AÜ üç katı	93,9±14,6	
	AÜ üç katı ve üstü	102,4±16,4	
Kiminle yaşıyor	Yalnız	91,8±18,3	0,334
	Eş ve Çocuklar	93,4±16,5	
	Ebeveynler	95,5±15,0	
	Diğer	95,1±14,4	
Kronik hastalık varlığı	Var	96,8±12,7	0,265
	Yok	93,5±17,2	

Katılımcıların ölçeğin her bir sorusuna verdikleri cevabı doğru veya yanlış olması ile katılımcıların çalışmaya katıldıkları yerler arasındaki ilişki tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Katılımcıların Katılım Yerleri Ve Aile Hekimliği Uygulaması Bilgi Düzeyi Anketi Sorularına Verdikleri Cevaplar

		ASM n (%)	EAH n (%)	p
1-Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir.	Doğru	25 (16,8)	69 (20,3)	0,364
	Yanlış	124 (83,2)	271 (79,7)	
2-Teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.	Doğru	81 (54,4)	325 (95,6)	0,000
	Yanlış	68 (45,6)	15 (4,4)	
3- Geniş yanık alanı olan hastayı takip eder.	Doğru	93 (62,4)	234 (68,8)	0,166
	Yanlış	56 (37,6)	106 (31,2)	
4- Ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir.	Doğru	68 (45,6)	284 (83,5)	0,000
	Yanlış	81 (54,4)	56 (16,5)	
5-Periyodik sağlık muayenesi yapar.	Doğru	37 (24,8)	55 (16,2)	0,024
	Yanlış	112 (75,2)	285 (83,8)	
6- Uzun süreli bulunan hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verir.	Doğru	108 (72,5)	254 (74,7)	0,606
	Yanlış	41 (27,5)	86 (25,3)	
7-Bebek/çocuk/ergen takibi yapar.	Doğru	76 (51,0)	275 (80,9)	0,000
	Yanlış	73 (49,0)	65 (19,1)	
8- Bağışıklama hizmet verir(aşılama).	Doğru	68 (45,6)	285 (83,8)	0,000
	Yanlış	81 (54,4)	55 (16,2)	
9- Ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavi yapar.	Doğru	121 (81,2)	291 (85,6)	0,221
	Yanlış	28 (18,8)	49 (14,4)	
10-Kronik hastalık takibi yapar. (Tansiyon, şeker, kalp hastalığı v.b.)	Doğru	66 (44,3)	224 (65,9)	0,000
	Yanlış	83 (55,7)	116 (34,1)	
11- Gebe/lohusa takibi yapar.	Doğru	72 (48,3)	274 (80,6)	0,000
	Yanlış	77 (51,7)	66 (19,4)	
12- Kişinin boy-kilo değerlendirmesini yaparak diyet ihtiyacı olup olmadığını belirler.	Doğru	59 (39,6)	180 (52,9)	0,007
	Yanlış	90 (60,4)	160 (47,1)	
13-Bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlar. (Uzman aile hekimi)	Doğru	62 (41,6)	121 (35,6)	0,205
	Yanlış	87 (58,4)	219 (64,4)	
14- Görüntüleme tetkik hizmeti verir. (Röntgen v.b.)	Doğru	113 (75,8)	277 (81,5)	0,154
	Yanlış	36 (24,2)	63 (18,5)	
15- Kanser taraması yapar. (Kalın barsak, rahim ağzı, meme kanseri)	Doğru	60 (40,3)	159 (46,8)	0,184
	Yanlış	89 (59,7)	181 (53,2)	
16- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerini yürütür.	Doğru	75 (50,3)	268 (78,8)	0,000
	Yanlış	74 (49,7)	72 (21,2)	

17- Ayrıntılı göz muayenesi sonrası gözlük reçete eder.	Doğru	90 (60,4)	248 (72,9)	0,006
	Yanlış	59 (39,6)	92 (27,1)	
18-Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder.	Doğru	78 (52,3)	319 (93,8)	0,000
	Yanlış	71 (47,7)	21 (6,2)	
19- Tetkik hizmeti verir.	Doğru	78 (52,3)	310 (91,2)	0,000
	Yanlış	71 (47,7)	30 (8,8)	
20- Hafta sonu hizmet verir.	Doğru	131 (87,9)	303 (89,1)	0,699
	Yanlış	18 (12,1)	37 (10,9)	
21-Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar.	Doğru	47 (31,5)	177 (52,1)	0,000
	Yanlış	102 (68,5)	163 (47,9)	
22-Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar.	Doğru	40 (26,8)	63 (18,5)	0,038
	Yanlış	109 (73,2)	277 (81,5)	
23- Diyet gereksinimi olan hasta için diyet listesi düzenler.	Doğru	79 (53,0)	189 (55,6)	0,599
	Yanlış	70 (47,0)	151 (44,4)	
24- Ehliyet, işe giriş, evlilik v.b. için sağlık raporu düzenler.	Doğru	65 (43,6)	170 (50,0)	0,194
	Yanlış	84 (56,4)	170 (50,0)	
25- Alkol, sigara, madde bağımlılığı olan kişiye danışmanlık hizmeti verir.	Doğru	60 (40,3)	178 (52,4)	0,014
	Yanlış	89 (59,7)	162 (47,6)	

5.TARTIŞMA

Düzce'de 2005 yılında başlayan ve 2010 yılı itibari ile tüm illerde uygulamaya geçirilen Aile hekimliği sistemi ülkemiz için yeni bir uygulamadır. Aile hekiminin; bir kısmı sağlık ocağı sisteminin devamı olan, bir kısmı da yeni sistem ile getirilen görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Yıllar içerisinde ihtiyaçlar doğrultusunda aile hekiminin görev ve sorumluluklarında değişiklikler yapılmış ve aile hekiminin kendisine kayıtlı olan nüfusa daha iyi hizmet vermesi amaçlanmıştır.

Aile hekimi; kişinin cinsiyet, yaş ve sahip olduğu hastalıklardan bağımsız olarak, yaşadığı ortam ve ailesel özelliklerini de göz önünde bulundurarak kişiye sürekli hizmet vermekle yükümlü olan hekimdir. Ayrıca kişinin sadece hastalık durumunda değil, henüz hastalık ortaya çıkmadan temas edebileceği, koruyucu hekimlik uygulamalarından yararlanabileceği ve sağlığını geliştirmek için danışmanlık alabileceği hekimdir. Koruyucu hekimlik, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında daha kolay uygulanabilir, daha insancıl, daha maliyet-etkindir. Bu nedenle koruyucu hekimliğin öncelikli olarak yapıldığı birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin temeli olmalıdır.

Ülkemizde yeni sayılabilecek olan aile hekimliği sisteminden kişilerin yararlanma düzeyi henüz istenen seviyede değildir. Kişilerin sağlıklıyken ya da bir sağlık problemi olduğunda ilk başvurdukları kurumun, aile hekimliği yerine daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olduğu görülmektedir. Bu durumun, kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların ortalama puanları değerlendirildiğinde kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgisi iyi düzeydedir. Katılım yerleri dikkate alındığında hastaneden katılanların ortalama toplam puanı ASM'den katılanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bununla beraber bazı konularda bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan %3,1'i bağlı olduğu ASM'yi bilmiyor, %12,5'i aile hekimini tanımıyorken, %55,0'ı aile sağlığı çalışanını tanımıyordu. Katılımcılar herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk kurum olarak en çok eğitim araştırma/üniversite hastanesini tercih ediyordu (%56,2). Katılımcıların en az bilgi sahibi olduğu konular ise aile hekiminin TSM ile birlikte çalıştığı, ehliyet, işe giriş,

evlilik ve benzeri için sağlık raporu dzenlendiği, uzman aile hekiminin bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlayabildiği, aile hekimliğinde periyodik sağlık muayenesi ve kanser taraması yapıldığıydı.

Çalışmamızda S.B.Ü. Kartal Dr. Lutfi Kırdar şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran ve yıllık ASM başvuru oranı %33'ün altında olan 18 yaş üstü hastalar ile hastanemize bağlı Tuzla Eğitim ASM'ye kayıtlı olup 18 yaşın üstünde hastaların aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya katılanların %66,7'si kadın, %33,3'ü erkek olarak bulundu. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kurt Canpolat'ın çalışmasında kadın katılımcı oranı %57,8 (34), Us'un çalışmasında %59,7 olarak bulunmuştur (35). Bu bulgulara dayanarak kadınların aile hekimliği polikliniğini daha çok kullanıldığı söylenebilir. Bununla beraber, aile hekimliği uygulaması bilgi anketinde, katılımcıların cinsiyetleri göz önünde bulundurulduğunda kadın katılımcıların aldığı puanın erkek katılımcıların aldığı puandan anlamlı olarak daha yüksek olması, kadınların ASM'yi erkeklere nazaran daha çok kullanmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılanların %30,5'i aile sağlığı merkezinden, %69,5'i hastaneden katılmış olup katılımcıların yaş ortalaması $42,9 \pm 13,7$ yıldır. Katılımcıların katıldıkları yerler dikkate alındığında ASM'den katılanların yaş ortalaması $38,7 \pm 12,9$ iken hastaneden katılanların yaş ortalaması $44,7 \pm 13,7$ olarak bulunmuştur. Aile sağlığı merkezinden çalışmaya katılanların anlamlı olarak daha genç olması; başta aşılama, aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık, sağlam ocuk muayenesi ve benzeri koruyucu sağlık hizmetlerini alan kişilerin daha çok ASM'yi tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışma sonucunda gelir düzeyi daha düşük olanların anlamlı olarak ASM'ye daha fazla başvurdukları görölmüştür. 2008 yılında Manisa'da yapılan bir çalışmada ASM kullanıcılarından gelir algısı ortalama düzeyde olanlar %44,0 ve ortalama düzeyin altında olanlar %49,7 olarak bulunmuştur (36). Bu bulgular ışıkında ASM'nin daha çok gelir düzeyi düşük olan toplum kesimince kullanıldığı söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında ASM'ler dezavantajlı gruplar için sağlık hizmeti alma olanağını artırmaktadır.

Katılımcıların medeni durumu ve aldıkları bilgi düzeyi ortalama puanları incelendiğinde, evli olan katılımcıların aldıkları ortalama puanın anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Evli olan kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğiliminde oldukları bilinmektedir (33,37,38). Bizim çalışmamızda da tüm sağlık kurumlarına başvurunun evli olanlarda daha fazla olduğu görülmüştür. Aile planlaması, gebe/lohusa takibi, bebek/çocuk/ergen takibi gibi konularda ASM'yi daha çok kullanıyor olmalarından dolayı evli olan kişilerin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmamıza katılanların %56,4'ünde kronik hastalık mevcuttu. Köroğlu Oyan'ın çalışmasında kronik hastalık varlığı %54,7 (39), Gümüş ve Güngörmüş'ün çalışmasında %54,6 (40) olarak bulunmuştur. Bulgularımız bu çalışmalarla uyumludur. Buna ek olarak katılım yerlerine göre bakıldığında, hastaneden katılanlarda kronik hastalığı olanların oranı %50,3 iken ASM'den katılanlarda %28,2 bulunmuştur. Hastaneden katılanlarda kronik hastalık varlığı anlamlı olarak daha yüksektir. Katılımcıların ilk başvurdukları kurum ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde kronik hastalığı olanların eğitim araştırma hastanelerini anlamlı olarak daha fazla kullandığı görülmüştür. Bunun sebebi kronik hastalığı olanların kontrol amaçlı takipli oldukları bölüme düzenli aralıklarla başvurmak mecburiyetinde olmaları olabilir. Bunun beraber katılımcılardan kronik hastalığı olanlar ile olmayanların aile hekimliği uygulaması bilgi düzeyleri benzer bulunmuştur.

Katılımcıların kronik hastalık dağılımı incelendiğinde en sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla; diyabetes mellitus (%21,5), hipertansiyon (%20,9), hipotiroidi (%20,4) ve hiperlipidemi (%5,7)'dir. Çalışmamıza katılan kişilere hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp hastalığı gibi kronik hastalıkların takibinin aile hekimi tarafından yapılıp yapılmadığı sorusu yöneltilmiştir. Hastaneden katılan grubun bilgi düzeyi daha yüksek bulunmakla beraber toplam katılımcıların bilgi düzeyine bakıldığında katılımcıların %40,9'i konu hakkında bilgi sahibi değildi ya da yanlış bilgi sahibiydi.

Kronik hastalıklarla ilgili bir başka soru da "Uzman aile hekimi bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlar mı?" olarak sorulmuş ve olumlu cevap oranı %36,0'da kalmıştır. Yani hastaların %64,0'ı uzman doktorun böyle bir yetkisi

olduğunu bilmemektedir. Us'un çalışmasında rapor yetkisini bilme oranı %25,9 olarak bulunmuştur (35). Bulgularımız bu çalışma ile benzerdir. Uzman aile hekiminin rapor çıkarma yetkisinin bilinmemesi sahada çalışan aile hekimlerinin çok büyük kısmının pratisyen hekim olmasından dolayı hastaların uzman aile hekimi ile karşılaşmamış olmaları olabilir. Yine uzman aile hekimlerinin ilaç raporu düzenlemede karşılaştığı bazı kısıtlamalar kronik hastalıkların birinci basamakta yöntemini zorlaştırmakta, bu nedenle hastalar bu hastalıkları ile ilgili olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını kullanmak zorunda kalıyor olabilirler.

Tüm bu bilgiler ışığında hastaların bilgi düzeyi, kronik hastalıkla ilgili aile hekiminden yeteri kadar destek alamadıklarını göstermektedir. Kronik hastalıkların takibinin ASM'de yapılması, 2. ve 3. basamak hastanelerin hasta yükünü azaltacak, böylece sağlık hizmetleri daha maliyet-etkin hale gelecektir. Bunun için mevcut aile hekimliği uzmanlarının, mecburi hizmet dahil 2. ve 3.basamak hastanelerden ziyade ASM'de çalışmasının önü açılmalı ve birinci basamakta çalışan aile hekimliği uzmanı sayısı arttırılmalıdır.

Katılımcılara sağlık hizmeti almak amacıyla başvurdukları kurumların neler olduğu sorulmuş, %91,8'i ASM'den, %88,1'i eğitim araştırma ve ya üniversite hastanesinden ve %63,8'i devlet hastanesinden hizmet aldığını belirtmiştir. Özel hastanelerden hizmet alanların oranı %31,7 iken acil servislerden hizmet alanların oranı %43,4'dir. Bunun yanında katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında başvuracakları ilk kurum sorulmuş ve %56,2 oran ile katılımcıların en büyük kısmının eğitim araştırma/üniversite hastanesine başvurduğu görülmüştür. Çalışmamızda 2. ve 3. basamak kurumlara toplam başvuru oranı acil servis başvuruları hariç %83,6 olarak bulunmuştur. Kıvanç ve Şahinöz'ün 2010 yılında Gümüşhane Üniversitesi öğrencileri ile yaptığı çalışmada ilk kurum olarak en çok hastaneye başvurulduğu ve bu oranın %68,8 olduğu bulunmuştur (41). Köroğlu Oyan'ın çalışmasında katılımcıların %86,0'sının (39), Kurt Canpolat'ın çalışmasında %77,4'ünün, Gümüş ve Güngörmüş'ün yaptığı çalışmada ise %65,8 oranla (40) ilk tercih ettikleri kurumun 2. ve 3.basamak sağlık kuruluşlarını olduğu görülmüştür (34). Bizim bulgularımız da bu çalışmalar ile benzerdir. Bununla beraber Bambal ve arkadaşlarının ASM'de yaptığı çalışmada ilk başvuru oranı %61,9 oranı ile kendi aile hekimi olarak bulunmuştur (36). İlhan ve arkadaşlarının SDP öncesi yine

ASM'de yaptığı çalışmada sağlık hizmeti almak amacıyla genellikle ilk başvuru kurum %66,6 oranında sağlık ocağı/AÇSAP/kurum hekimi yani birinci basamak iken, 2. ve 3.basamak kurumlara toplam başvuru %33,4 olarak tespit edilmiştir (42). Buradan çalışmanın yapıldığı yerin başvuru oranlarını etkilediği sonucu çıkarılabilir. Yine de hastanede yapılan çalışmalarda hastanelerin ilk kurum olma oranının yüksek düzeylerde bulunması birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapı tutucu olma özelliğinin istenen düzeyde olmadığını düşündürebilir.

SDP'de sevk zincirinin kurgulanmamış olması nedeniyle doğrudan istenilen kurumdan hizmet alınmaya başlanmıştır. Bu durumda birinci basamakta çözülebilecek bir takım sağlık sorunları 2. ve 3. basamağa taşınmakta, bunun sonucunda yaşanan randevu yoğunluğu ihtiyacı olan hastaların hastaneye gidişlerini geciktirmektedir (43). Sağlık sistemi ve bütçesinin de maliyet-etkin kullanılmasına engel olan bu durumun, doğru yapılandırılmış bir sevk zinciri ve aile hekimliğinin ilk başvuru kurum olduğu bir sağlık sistemi ile çözülmesi sağlanabilir (1,44).

Katılımcıların ilk başvurdukları kurum ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde 9 yıl ve üstü eğitime sahip olanların özel hastaneleri anlamlı olarak daha fazla kullandığı görülmüştür. Bunun sebebi eğitim düzeyi daha yüksek olan kişilerin buna paralel olarak gelir düzeyinin de daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların ilk başvurdukları kurum ve tercih nedenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde ASM'ye başvuranların tercih nedenleri arasında en sık nedenin memnuniyet, randevusuz kullanabilme ve ASM'nin yakın olması olduğu görülmektedir. Katılımcıların ikamet yerlerinin kayıtlı oldukları ASM'ye uzaklığı incelendiğinde çok büyük bir kısmının (%81,4) 1 kilometreden daha az mesafede olduğu görülmüş ve ASM'nin ikamet yerine uzaklığı ile ilk tercih edilen kurum olması arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Us'un 2019 yılında yaptığı çalışmada aile hekimliğine gitme nedenleri sorgulanmış ve %76,5 ile en yüksek oranda konum itibari ile yakın olması olduğu saptanmıştır (35). Sağlık hizmet kullanımını artıran faktörlerden birinin sağlık kurumuna ulaşımın kolay olması olduğu bilinmektedir (33). ASM sayısının artırılması ve kayıtlı kişilerin ikametlerine daha yakın konumda bulunması, sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırabilir ve ASM'nin tercih edilmesini artırabilir.

Çalışmamıza katılanlardan herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk olarak aile hekimliğine başvuranların %94,5'i aile hekiminden hizmet almanın genel sağlığına olumlu etkisi olduğunu düşünürken, bu oran diğer kurumlardan hizmet alanlarda %74,2'dir. Kişilerin aile hekimliğinden memnun olmadıkları için mi başka kurumları tercih ettikleri, yoksa uygulama hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları ve uygulamayı kullanmadıkları için mi olumsuz görüşe sahip oldukları başka araştırmaların konusu olabilir.

Çalışmamıza katılanların %96,9'u bağlı olduğu ASM'nin yerini bilmekteydi. Bu oran hastaneden katılanlarda %96,5 olarak bulunmuştur. Köroğlu Oyan'ın 2013 yılında 3.basamak bir kurumda yaptığı çalışmada bağlı olduğu ASM'nin yerini bilenlerin oranı %71,8 olarak bulunmuştur (39). Bunu yanında katılımcıların %87,5'i aile hekimini tanımaktaydı. İlk başvuru yerler dikkate alındığında ASM'yi tercih edenlerin %92,7'si, diğer kurumları tercih edenlerin %86,9'u aile hekimini tanıyordu. Bu oran Gümüş ve Güngörmüş'ün 2020 çalışmasında %87,7 olarak bulunmuştur (40). Elde ettiğimiz bulgular bu çalışma ile uyumludur. Bunun yanında aile hekimini tanıma oranı 2013'te Köroğlu Oyan'ın çalışmasında %47,1 (39), 2017'de Kurt Canpolat'ın çalışmasında %74,8 (34) ve 2019'da Us'un çalışmasında %75,4 (35) olarak bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda yıllar içinde kişilerin bağlı olduğu aile hekimini tanıma ve ASM'yi bilme oranının artmış olduğu sonucu çıkarılabilir.

Katılımcıların %45,0'ı aile sağlığı çalışanını tanımaktaydı. İlk başvuru yerler dikkate alındığında ASM'yi tercih edenlerin %47,3'ü aile sağlığı çalışanını tanıyorken, diğer kurumları tercih edenlerin %44,7'si tanıyordu. Aile sağlığı çalışanını tanıma oranı 2010'da ASM'de yapılan bir çalışmada %36,2 (36), Çetinkaya ve arkadaşlarının çalışmasında %27,2 (45), olarak bulunmuştur. Hem bizim çalışmamızda hem diğer çalışmalarda aile sağlığı çalışanını tanıma oranının aile hekimini tanıma oranına göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir kısmının hastaya direk aile sağlığı çalışanı tarafından verildiği dikkate alındığında, oranın bu kadar düşük olması kişilerin koruyucu sağlık hizmetini istenen düzeyde almadığının göstergesi olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan %3,1'i bağlı olduğu ASM'yi bilmiyor, %12,5'i aile hekimini ve %55,0'i aile sağlığı çalışanını tanıymıyordu. Tüm sağlık hizmetlerinin birinci basamak üzerine kurulu olması gerektiği düşünüldüğünde

bir kişi bile aile hekimliği uygulaması dışında kalmamalıdır. Çünkü koruyucu sağlık hizmetinin verilemediği her birey önlenebilir sebeplerden dolayı sağlık problemi yaşamaya adaydır.

Çalışmamıza katılanlara aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla 25 sorudan oluşan anket yneltiľtiřtir. Katılımcılara yöneltilen bilgi anketi aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde tanımlanan aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarından oluşturulmuş ayrıca negatif kontrol amaçlı 7 soru dahil edilmiştir. Her bir soru 5 puan üzerinden hesaplanmış olup, en fazla 125 puan alınıyordu. Çalışmamıza dahil edilen kişilerin ortalama toplam puanı $94,9 \pm 15,5$ olarak bulundu. Kurt Canpolat'ın çalışmasında katılımcılara 46 sorudan oluşan aile hekimliği işlevi bilgi düzeyi anketi yneltiľmiř olup maksimum puan 46'dır. Katılımcıların ortalama puan $27,2 \pm 10,5$ olarak bulunmuş olup orta düzeyde bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir (34). Us'un çalışmasında katılımcılara aile hekimliği uygulaması ve aile hekiminin görev ve yetkileri ile ilgili bilgi düzeyi ölçen 49 soruluk bir anket yneltiľmiř ve katılımcılar bu anket üzerinden kaç soruya doğru cevap verdiklerine bakılarak yüzde olarak değerlendirilmiştir. Doğru yanıt yüzdeleri minimum %4, maksimum %96, medyan %44,9 olarak bulunmuş ve orta düzeyde bilgi sahibi oldukları tespit edilmiştir (35). Bizim alışmamızda ise katılımcıların toplam puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu grlmştir. Ancak yine de her iki grupta da bilgi eksikliği mevcuttur ve her iki gurubun da aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyinin artırılması gerektiği söylenebilir.

Katılım yerleri dikkate alındığında hastaneden katılanların ortalama toplam puanının ASM'den katılanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olması dikkat çekicidir. Buradan ASM'yi kullanan kişilerin uygulamayı verimli kullanmadığı sonucu çıkarılabilir. ASM'yi tercih edenlerin birinci basamak hakkında bilgi düzeyinin yükseltilmesi ile zaten ASM'yi tercih etmekte olan kişilerin aile hekimliği uygulamasını daha verimli kullanması sağlanabilir. Hastaneyi tercih eden kişilerin bilgi düzeyinin daha iyi olduğu göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimliği uygulamasında yapılacak değerlikler ile kişilerin ASM'yi öncelikli olarak tercih etmesi sağlanabilir.

Katılımcılara bilgi düzeyi anketi kapsamında aile hekiminin bölgesinde bulunan TSM ile birlikte çalışıp çalışmadığı sorusuna katılımcıların çok büyük kısmı

(%75,1) fikrim yok demmiştir. ASM ve hastaneden katılanların bilgi düzeyleri benzer olarak bulunmuştur. Aile hekimliği değiştirme, il dışından gelen kişiler için askerlik muayenesi gibi işlemler yapılabilse de ASM'ye kayıtlı kişilerin sıklıkla kullanmadığı bir sağlık kurumu olması TSM'nin bilinirlik düzeyinin dūřuk çıkmasına neden olmuş olabilir.

Katılımcılara aile hekimi tarafından teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verip vermediği sorulduğunda %17'lik bir kısmın fikrim yok ve katılmıyorum dediği görülmüştür. Katılım yerlerine göre bakıldığında bu kişilerin büyük kısmının ASM'den katılanlar olduğu görülmektedir. Bir hekimin verdiği en temel hizmet olan teşhis ve tedavi hizmetinin bilinme oranı her ne kadar yüksek olsa da bu hizmetin verilmediğini dūřnenlerin olması sorunun anlaşılmaması ve ya yanlış anlaşılmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılanların %71,9'u aile hekimliğinde ana-ocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verildiğini bilmektedir. Us'un çalışmasında aile hekimi üreme sağlığı hizmeti verir mi sorusuna %46,6 oranında evet cevabı verilmişken (35), Kurt Canpolat'ın çalışmasında bu oran %70,4 olarak bulunmuştur (34). Çalışmamız Kurt Canpolat'ın çalışması ile uyumludur.

Katılımcıların %85,4' aile hekiminin periyodik sağlık muayenesi yaptığını bilmemektedir. Us'un çalışmasında bu oran %43,9 (35), Kurt Canpolat'ın çalışmasında %28,5 (34) olarak görülmüştür. Kurt Canpolat'ın çalışmasında oranın daha dūřuk olması çalışmanın sağlık çalışanlarıyla yapılmış olması olabilir. Bulgularımız her iki çalışmaya göre de oldukça yüksektir. Bununla birlikte ASM'den katılanların periyodik sağlık muayenesi yapıldığının bilme oranı hastaneden katılanlara kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksektir. Bunun sebebi aile hekimliğine başvuran hastalara periyodik muayene yapıldığından dolayı bu uygulamadan haberdar olmaları olabilir.

Tüm katılımcıların bilgi düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, bilgi düzeyinin olması çok dūřuk olduğu görülmektedir. Bu durum da bize periyodik sağlık taramalarını yapılma oranının dūřuk olduğu bilgisini verebilir. Aile hekimliği birimine kayıtlı kiři sayısını olması gerekenden yüksek olması, tedavi edici hizmetlerin fazla vakit almasına ve koruyucu sağlık hizmetlerinin arka planda kalmasına sebep olmuş olabilir. Ayrıca periyodik sağlık taramalarının performans

dahil olmaması hekimlerin bu uygulamayı öncelmemelerinin sebeplerinden biri olabilir. Aile hekimi birimi başına düşen kayıtlı kişi sayısının azaltılması tarama uygulamalarını yapılmasını kolaylaştırabilir.

Katılımcılara büyük çoğunluğu kendilerine yöneltilen negatif kontrol sorularından olan aile hekiminin geniş yanık alanı olan hastayı takip edip etmeyeceği sorusuna katılmıyorum cevabı vermiştir (%66,9). Negatif kontrol sorularından aile hekimliğinde uzuv kaybı bulunan hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilip verilmediğine %74,0 oranında katılmıyorum cevabı verilmişken, aile hekimliğinde röntgen ve benzeri görüntüleme imkanı olmadığını bilenlerin oranı %79,8'dir. Bu üç negatif kontrol sorusu için ASM'den ve hastaneden katılan grupların bilgi düzeyi arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların %69,1'i aile hekiminin gözlük reçete etmediğini bilmektedir. Bu soru bazı kişilerin ehliyet için yapılan göz muayenesi ile gözlük verilebileceğine dair oluşan yanlış izlenimden dolayı eklenmiştir. Bu soruya doğru cevap verme oranı hastaneden katılanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (%72,9). Bağlı olduğu ASM'nin hafta sonu hizmet vermediğini bilenler %88,7 olarak bulunmuştur. Katılım yerine göre bakıldığında iki grubun bilgi düzeyi benzerdir. Birinci basamak imkanları ile ilgili hasta bilgi düzeyinin artırılması ile kişilerin sağlık kurumlarını daha doğru kullanmasını ve sağlık çalışanları ile aralarında çıkabilecek problemlerin önlenmesini sağlanabilir.

Katılımcılara %71,8'i aile hekimliğinde bebek/çocuk/ergen takibi yapıldığını bilmekteydi. Hastaneden katılanların ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Us'un çalışmasında ise aile hekiminin adölesan, ergen sağlığı hizmeti verdiği bilinme oran %37,1 (35) olarak bulunmuş olup, bizim çalışmamızda çok daha yüksek oranda biliniyordu. Bizim sorumuzda bebek ve çocuk takibi de soruya dahildir ve bu takiplerin performans sistemi çerçevesinde mecburi olarak yapılmaktadır. Bu sebeple sorunun bilinme oranı artmış olabilir.

Katılımcılara yöneltilen aile hekimliğinde bağışıklama yani aşılama hizmeti verilip verilmediği sorusuna %72,2 oranında olumlu cevap alınmıştır. Bu oran Us'un çalışmasında %73,2 (35), Kurt Canpolat'ın çalışmasında %80,4 olarak bulunmuş olup bulgularımız bu çalışma ile uyumludur. Katılım yerlerine göre bakıldığında ise ASM'den katılanların bilgi düzeyinin çok daha düşük olduğu görülmektedir. Çocuk

aşılması ülkemizde uzun süredir titizlikle yürütülen bir koruyucu sağlık hizmetidir. Biz bu konuda kişilerin bilgi eksiğinin kendilerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

ASM'den katılanlarda; teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık, ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı, bebek/çocuk/ergen takibi ve bağışıklama ve gebe/lohusa takibi hizmetlerinin bilgi düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. ASM şartlarında yapılacak bilgilendirme ile bu kişilerin bilgi düzeyinin artırılması sağlanabilir.

Katılımcıların %84,3'ü ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavinin aile hekimi tarafından yapılmadığını biliyordu. Her iki grubun toplam puan ortalamalarının benzer düzeyde olduğu görülmüştür. Ağız ve diş sağlığı için koruyucu hekimlik uygulamalarının ASM'de yapılmadığı çok yüksek oranda bilinmektedir.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların %70,8'inin aile hekimliğinde gebe/lohusa takibi yapıldığı konusunda bilgisi vardı. Us'un çalışmasında gebe/lohusa takibi bilinme düzeyi %61,7 (35), Kurt Canpolat'ın çalışmasında %80,1 olarak bulunmuştur (34). Bulgularımız bu çalışmalarla uyumludur. Ayrıca hastaneden katılanların bilgi düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcılara aile hekiminin kişinin boy-kilo değerlendirmesini yaparak diyet ihtiyacını belirleyip belirlemediği sorulmuş ve katılımcıların yarısından azı katılıyorum cevabını vermiştir. Bununla beraber aile hekimi diyet gereksinimi olan hasta için diyet listesi düzenler mi sorusuna katılımcıların yarısından fazlası katılmıyorum cevabını vermiştir. Kurt Canpolat'ın çalışmasında aile hekiminin obezite takibi ve tedavisi yapar mı sorusuna %55,5 evet denmiş, sağlıklı diyet danışmanlığı verir mi sorusuna %55,5 evet denmiştir. Bulgularımız bu çalışma ile benzerdir. Çağımızda giderek artan ve kronik hastalık sınıfına dahil olan obezite için aile hekiminden yardım alabileceğini bilen kişi sayısı oldukça düşüktür. Obezite taramasının da dahil olduğu periyodik sağlık muayenelerinin daha düzenli yapılabildiği bir uygulama ile diğer kronik hastalıklar gibi obezitenin de kontrol altına alınması mümkün olacaktır.

Çalışmamıza katılanlara aile hekimliğinde kanser taraması yapıp yapılmadığı sorusu yöneltmiştir. Katılımcıların %44,8'i kanser taraması yapıldığını

belirtmiştir. Us'un çalışmasında aile hekimliğinde barsak, meme, rahim ağzı kanseri taraması yapıldığı sırası ile %24,0, %33,9, %33,2 oranında bilinmekteydi. Kurt Canpolat'ın çalışmasında ise bu oranlar %42,2, %49,2, %48,2 olarak bulunmuştur. Katılımcıların yarısından azının aile hekimliğinde kanser taraması yapıldığına dair bilgisi vardır. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarla yapılan çalışmada hekim ya da diğer sağlık çalışanı tarafından kişilere kanser taraması önerilip önerilmediği sorulmuş, %66,5 oranında hayır cevabı alınmıştır (46). Kişilerin bilmediği bir hizmeti aile hekiminden talep etmeleri mümkün değildir. ASM'de bilgilendirme broşürleri ve medya aracılığı ile bu ve benzeri konularda kişilerin bilgi düzeyinin artması sağlanabilir.

Katılımcıların %70,1'i aile hekimi tarafından evde veya gezici/yerinde sağlık hizmeti verildiğini biliyordu. Gümüş ve Güngörmüş'ün çalışmasında evde sağlık hizmetlerinin bilinirliği %37,4 (40), Us'un çalışmasında %51,4 (35) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda her iki çalışmaya göre daha yüksek oranda evde sağlık hizmetinin bilindiği görülmüştür.

Katılımcılara aile hekiminin kişileri ilgili bölüme sevk etmesi hakkında soru sorulmuş, %81,2 oranında sevk eder cevabı alınmıştır. Us'un çalışmasında %78,6 olarak bulunmuştur (35). Bulgularımız bu çalışma ile benzerdir.

ASM'de tetkik hizmeti verildiğinin, katılımcıların %79,3'ü tarafından bilindiği tespit edildi. Hastaneden katılanların doğru cevap verme oranı ASM'den katılanlara göre anlamlı olarak yüksekti. Bu durum bize ASM'yi daha çok tercih eden katılımcıların ASM imkanları hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadan ASM'yi tercih ettiklerini gösterebilir. Aile hekiminin zaten ulaşabildiği bu kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyleri artırılarak halihazırda verilen hizmetleri daha iyi düzeylerde talep etmeleri sağlanabilir.

Katılımcılara aile hekiminin gerekli durumlarda hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapıp yapmadığı sorusu yöneltmiştir. Bu konuda katılımcıların yarısından fazlası bilgi sahibi değildir ya da yanlış bilgi sahibidir. Katılımcılara aile hekiminin entegre sağlık kurumunda gerekli durumlarda hastayı gözlem amacıyla yatırarak tetkik ve tedavisini yapıp yapmadığı sorulduğunda ise büyük çoğunluğun (%69,5) konu hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Hastaların entegre hizmet

sunumu konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olması İstanbul'da entegre hastanelerin bulunmamasından kaynaklanmış olabilir.

Aile hekiminin ehliyet, işe giriş, evlilik v.b. için sağlık raporu düzenlediğini katılımcıların yarısından azının bildiği tespit edildi. ASM ve hastaneden katılan grup arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark yoktu. Kurt Canpolat'ın ve Us'un çalışmasında bizim tek soru olarak yönelttiğimiz raporların verilip verilmediği ayrı ayrı sorulmuştur. Kurt Canpolat'ın çalışmasında evlilik raporu için %78,7; ehliyet raporu için %62,8; işe giriş raporu için %62,5 evet cevabı alınmıştır (34). Us'un çalışmasında ise evlilik raporu için %40,6; ehliyet raporu için %65,5; işe giriş raporu için %47,1 evet cevabı alınmıştır. Kurt Canpolat'ın çalışmasındaki oranların daha yüksek bulunmasının sebebi sağlık çalışanlarının dahil edildiği bir çalışma olmasında kaynaklanmış olabilir. Bizim elde ettiğimiz bulgular Us'un çalışmasındaki evlilik ve işe giriş raporu bulguları ile uyumludur.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların %17,8'inin, aile hekimliğinde alkol, sigara, madde bağımlılığı olan kişiye danışmanlık hizmeti verilmediğini düşündüğü, %33,5'inin ise konu hakkında fikri olmadığı tespit edildi. Bu bulgulara dayanarak katılımcıların %51,3'ünün bağımlılık için aile hekiminden yardım alabileceğini bilmediğini söylemek mümkündür. Us çalışmasında bu oranı %58,8 (35), Kurt Canpolat ise %46,5 olarak bulmuştur (34). Bulgularımız her iki çalışma ile kıyasladığında benzerdir. Aile hekimi ile kendisine kayıtlı kişi arasında zaman içinde gelişen karşılıklı güvene dayalı bir ilişki mevcuttur. Bu ilişkinin de yardımı ile kabullenilmesi ve yardım istenmesi zor bir süreç olan bağımlılıkla mücadelede, kişinin aile hekiminden yardım alabileceğini bilmesi tedavi için ilk adımı atmasını kolaylaştırmasının yanında aile hekiminin sürekli takibinde olan kişinin tedavi başarısının artmasına da katkı sağlayabilir.

6.SONUÇ

Çalışmamızda S.B.Ü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve ona bağlı Tuzla Eğitim ASM'ye kayıtlı erişkinlerin, aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmış ve bunların sağlık hizmeti alma tercihinine etkisi değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %66,7'si kadın, %33,3'ü erkekti. Çalışmamıza katılanların %56,4'ünde kronik hastalık mevcuttu. Hastaneden katılanlarda kronik hastalığı olanların oranı %50,3 iken ASM'den katılanlarda %28,2 bulunmuştur. Katılımcıların %40,8'i aile hekimliğinde kronik hastalık takibi yapılabildiğini bilmiyordu. Uzman aile hekiminin bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlayabildiği ise %36,0 oranında biliniyordu. Kronik hastalığı olan kişilerin daha çok üst basamak sağlık kurumlarını tercih etmektedir.

Katılımcılar herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında ilk kurum olarak en çok eğitim araştırma/üniversite hastanesini tercih ediyordu (%56,2). Katılımcıların %81,4'ünün ikamet yerlerinin kayıtlı oldukları ASM'ye uzaklığı 1 kilometreden daha az mesafedeydi. Çalışmamıza dahil edilen katılımcılardan %3,1'i bağlı olduğu ASM'yi bilmiyor, %12,5'i aile hekimini ve %55,0'i aile sağlığı çalışanını tanımıyordu.

Çalışmamıza dahil edilen kişilerin aile hekimliği bilgi düzeyi anketinden aldıkları ortalama toplam puan $94,9 \pm 15,5$ olarak bulundu. Katılımcıların ortalama puanları değerlendirildiğinde kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgisi iyi düzeydedir. Katılım yerleri dikkate alındığında hastaneden katılanların ortalama toplam puanı ASM'den katılanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Katılımcıların %75,1'i aile hekiminin TSM ile birlikte çalıştığını, %66,5'i aile hekimliğinde periyodik sağlık muayenesi yapıldığını, %72,8'i kanser taraması yapıldığını, %52'si ehliyet, işe giriş, evlilik ve benzeri için sağlık raporu düzenlendiğini bilmiyordu. Ayrıca katılımcıların %71,9'u aile hekimliğinde ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verildiğini, %71,8'i bebek/çocuk/ergen takibi yapıldığını yapıldığını biliyordu. Bu sorularda hastane ve ASM grubu arasında anlamlı fark görülmedi.

Katılımcıların %72,2'si aile hekimliğinde aşılama yapıldığını, %70,8'i gebe/lohusa takibi yapıldığını, %70,1'i evde sağlık hizmeti verildiğini, %79,3'ü tetkik

hizmeti verildiğini biliyordu. Ayrıca katılımcıların %79,2'si aile hekiminin kişinin boy-kilo değerlendirmesini yaparak diyet ihtiyacı olup olmadığını belirlediğini, %51,2'si alkol, sigara, madde bağımlılığı olan kişiye danışmanlık hizmeti verildiğini, %54,2'si gerektiğinde hastanın ASM'de gözlem altına alınabileceğini bilmiyordu. Bu sorularda hastaneden katılanların doğru cevap verme oranı anlamlı olarak ASM'den katılan gruba göre daha yüksekti.

Katılımcıların %78,9'u aile hekiminin entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerekli durumlarda hastayı gözlem amacıyla yatırarak tetkik ve tedavisini yapabildiğini biliyordu. Bu soruya ASM'den katılanlar anlamlı olarak daha yüksek oranda doğru cevap vermişlerdi.

Katılımcıların %66,9'u aile hekiminin geniş yanık alanı olan hastayı takip etmediğini, %74,0'ı uzuv kaybı bulunan hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti vermediğini, %84,2'si ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavi yapmadığını, %54,8'i diyet gereksinimi olan hasta için ayrıntılı diyet listesi düzenlemediğini, %79,8'i ASM'de görüntüleme tetkik hizmeti verilmediğini, %88,7'si hafta sonu hizmet verilmediğini biliyordu. Her iki grubun verdiği doğru cevap oranı benzerdi.

Katılımcıların %69,1'i aile hekimliğinde ayrıntılı göz muayenesi sonrası gözlük reçete etmediğini, %81,0'i gerekli bölüme sevk yapılabildiğini biliyordu. Hastaneden katılanlar bu sorulara anlamlı olarak daha fazla doğru cevap vermişti.

Aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi iyi olsa da henüz istenen düzeyde değildir. Aile hekimliğinde periyodik muayene ve kanser taramalarının bilinme yüzdesi oldukça düşük kalmıştır. Ayrıca kişilerin büyük çoğunluğu obezite ve bağımlılıkla ilgili aile hekiminden yardım alabileceğini bilmiyordu.

Sonuç olarak hastaneyi daha çok tercih eden katılımcılar, daha iyi düzeyde bilgi sahibi oldukları halde ilk kurum olarak ve daha çok hastaneyi tercih etmektedirler. Hastaneyi tercih etmelerinin sebebi aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi eksikliği değil, hastaneden aldıkları hizmetten memnun olmaları, hastanenin ikametlerine yakın olması, alışkanlık gibi diğer sebeplerdir. ASM'ye kayıtlı olup çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcıların ise bilgi düzeyi hastanedekilere göre daha düşük düzeyde çıkması dikkat çekicidir. Bu durum ASM'yi tercih eden kişilerin aile hekimliği uygulamasının imkanlarını bilmeden

kullandığı gösterebilir. Daha verimli ve amaca yönelik bir aile hekimliği uygulaması için;

1. Aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi eksikliğinin giderilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. ASM şartlarında aile hekimi ve aile sağlığı çalışanının da birebir temas ettiği hastalara taramaları önermesi, periyodik muayeneleri yapması bilgi düzeyini artırmaya katkı sağlayabilir. Bunun yanında medya aracılığı ile kamu spotu ve benzeri bilgilendirmeler yapılarak kişilerin bilgi düzeyi artırılabilir. Kişilerin bilgi düzeyinin artması hizmet taleplerini de artıracaktır.

2. Hekimin hastasına ayırdığı süre artırılarak koruyucu hekimlik uygulamalarına ayrılan sürenin artırılması sağlanmalıdır. Bunun için aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması sağlanmalıdır, aile hekimi sayısı ve özellikle uzman aile hekimi sayısı artırılmalıdır.

3. Katılımcıların hastaneyi tercih etmelerindeki en sık 2.sebebe ikametlerine olan yakınlıktır. ASM'lerin, sayısının artırılması ile kişilerin ikametlerine daha yakın olması tercih edilmesini artıracaktır.

4. ASM'de verilen hizmetin niteliği artırılması ile kişilerin aile hekimliğini öncelikle seçmelerini sağlanabilir. Bunun için uzman aile hekimlerinin mecburi hizmet dahil birinci basamakta çalışmasının önü açılmalıdır. Ayrıca hizmet içi eğitimler ile aile hekimlerinin daha yetkin hale gelmesi sağlanmalıdır.

5. Uzman aile hekimlerinin ilaç raporu düzenlemede karşılaştığı kısıtlamalar düzenlenerek birinci basamakta kronik hastalık takibi yapılmasının önü açılmalı, böylece kişilerin üst basamakları kullanmak zorunda olmasının önüne geçilmelidir.

6. Verimli çalışan bir sağlık sisteminde olması gereken herhangi bir sağlık problemi olduğunda kişinin ilk olarak aile hekimine başvurmasıdır. Ancak bu şekilde aile hekimliğinin kapı tutucu ve organize edici olma özellikleri anlamlı hale gelir. Bununla beraber aile hekiminin organize edici olma özelliğinin tam anlamıyla gerçekleşmesi için hastanelerle entegre bir birinci basamak sistemi ve uygun sevk zincirine de ihtiyaç vardır. İki yönlü sevk zinciri ile tüm sağlık hizmet basamaklarının amacına uygun şekilde, gereksiz iş yükü ve maliyet altına girmeden hizmet vermesinin önü açılmış olacaktır. Sevk sistemi aynı zamanda sağlık hizmet basamakları arasında koordinasyonu da sağlayacaktır. Bundan dolayı sağlık sisteminin kişilerin ilk olarak birinci basamağı kullanmalarını sağlayacak şekilde düzenlenmesine ve etkin kullanılan bir sevk zincirinin uygulamaya geçirilmesine çalışılmalıdır.

7.KAYNAKÇA

1. Wonca World Family Doctors Caring For People Europe, Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı, Çeviri Editörü: Başak O. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 23 07 2020.]
<https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>.
2. Başer, D. A., Kahveci, R., Meltem, K. O. Ç., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Medical Journal, 15(1).
3. The World Health Report 2008, Primary Health Care, Now More Than Ever. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 04 09 2020.] https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
4. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008.
5. Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I. & Dilmen, U. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet, 382(9886), 65-99.
6. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara : s.n., 2003.
7. OECD, Statistics, Health Care Utilisation. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 31 08 2020.]
<https://stats.oecd.org/>.
8. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 12 08 2020.]
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>.
9. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 07 2020.] <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
10. The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 07 2020.]
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
11. 05.01.1961 Tarihli, 224 Sayılı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 21 08 2020.] <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>.
12. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 12 07 2020.]
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1.
13. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. (28539, 25.01.2013). 2013.
14. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları - I, Sağlık Yönetimi. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 14 07 2020.]
https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#:~:text=1.,iyilik%20hali%20sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20bilinen%20y%C3%B6n%C3%BCd%C3%BCr..
15. Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara : Nobel Akademik Yayınları, 2014.
16. WONCA Special Interest Group: Quaternary Prevention & Overmedicalization. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 15 07 2020.]
<https://www.globalfamilydoctor.com/groups/SpecialInterestGroups/QuaternaryPrevention.aspx>.

17. Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Birinci Bölüm, Amaç, Kapsam, Dayanak Ve Tanımlar. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 16 07 2020.]
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=33805&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
18. Akdur, Prof. Dr. Recep. Sağlık Sektörü, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara : s.n., 2006.
19. The Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, Health Promotion Action Means. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 16 07 2020.]
<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı, Aile Hekiminin Tanımı. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 23 07 2020.]
<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html>.
21. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, 1.Aşama, T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara : s.n., 2004.
22. Akman, M. (2014). Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2), 70-78.
23. Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu 2014. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 12 08 2020.] <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>.
24. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, On Birinci Kalkınma Planı, 2019-2023. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 26 08 2020.] <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlani.pdf>.
25. Çağlayaner, H., & Ünlüoğlu, İ. (2007). Aile Hekimliğinde Oluşan Akademik Gelenek ve Gelecek. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 1(1), 46-49.
26. İlhami Ünlüoğlu, Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, Cahit Özer. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi. s.l. : Akademi Uluslararası Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
27. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 06 08 2020.]
28. Tıpta Uzmanlık Kurulu Karar Tutanağı, 21-23.06.2010 Tarihli, 82 Sayılı Karar. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 02 08 2020.] <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/36478,rotasyonlar-20200218pdf.pdf?0>.
29. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Nasıl Olmalı?, Prof. Dr. Okay Başak, 06.06.2016. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 02 08 2020.] <https://www.tahud.org.tr/news/view/aile-hekimligi%C4%9Fiuzmanligi%C4%B1k-e%C4%9Fitimi-nas%C4%B1-olmal%C4%B1#:~:text=Bug%C3%BCn%20Avrupa'da%20ve%20D%C3%BCnyada,3%20y%C4%B1ll%C4%B1k%20bir%20s%C3%BCre%20%C3%B6nerilmektedir..>
30. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çerçeve Programı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği, TAHUD. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 02 08 2020.] <https://www.tahud.org.tr/file/ad628fbc-a777-434a-9b3b-770ac9a5fe3a/Aile%20Hekimligi%CC%86i%20Uzmanligi%C4%B1k%20Eg%CC%86itimi%20Mu%C4%B1%202013.pdf>.

31. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına İlişkin Kanun. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 08 2020.] <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>.
32. Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul Ve Esasları. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 10 08 2020.] https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_nitelikli_yazilar/sahu_usul_esaslar.pdf.
33. Kılıç, D., & Çalışkan, Z. (2013). Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 2(2).
34. Kurt Canpolat E. Hastanemiz Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. İstanbul-2017 (Tıpta Uzmanlık Tezi).
35. Us Ö. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri. Ankara, 2019. (Tıpta Uzmanlık Tezi).
36. Bambal Ö, Et al. Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Bazı Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2010;8(3):176-190.
37. Erdem, R., & Pirinççi, E. (2010). Sağlık Hizmetleirnde Kullanım Ve Kullanımı Etileyen Faktörler. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi, 20(1).
38. Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. GMS Psycho-Social-Medicine, 9.
39. Köroğlu Oyan N. Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili Bilgi Ve Düşünceleri. İstanbul, 2013 (Tıpta Uzmanlık Tezi).
40. Gümüş, E. Ç., & Güngörmüş, Z. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru Yapan Hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(1), 119-126.
41. Kıvanç, A., & Şahinöz, T. (2012). Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 41-48.
42. İlhan, M. N. ve arkadaşları (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3), 33-41.
43. Uğurluoğlu, Ö., & Bulut, S. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(3), 118-132.
44. Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri.
45. Çetinkaya, F., Baykan, Z., & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(1).
46. Balcı U. G. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 35 Yaş Ve Üzeri Hastaların Kanser Tarama Testleri Hakkında Bilgi Ve Tutumları. İzmir, 2018. (Tıpta Uzmanlık Tezi).

8.EKLER

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-İsim-soy isim:

2-Cinsiyetiniz nedir? 1-Kadın 2-Erkek

3-Kaç yaşındasınız?

4-Medeni durumunuz nedir? 1-Evli 2-Bekar

5-Eğitim durumunuz nedir?

1-Okuryazar değil 2-Yalnızca okuryazar 3- İlkokul 4-Ortaokul 5- Lise 6-
Üniversite ve üzeri

6-Çalışıyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

Evet ise mesleğiniz nedir? 1-İşçi 2-Memur
3-Özel Sektör 4-Kendi Hesabına

Hayır ise; 1-İşsiz 2-Ev hanımı 3-Emekli 4-
Öğrenci

7-Sağlık güvenceniz var mı? 1-Var 2-Yok

Var ise: 1-SGK 2-Özel sağlık sigortası

8-Evin aylık toplam gelir durumu nedir?

1-Asgari ücretin altı 2-Asgari ücret ve Asgari ücretin 2 katı arası 3-Asgari
ücretin 2 katı-Asgari ücretin 3 katı arası 4-Asgari ücretin 3 katı üzeri

9-Yaşama ortamı: 1-Yalnız 2-Ebeveynler ile 3-Eş ve çocuklar ile 4-
Diğer:.....

10-Boyunuz:

Kilonuz:

11-Kronik (devamlı) hastalıklarınız var mı? 1-Evet 2-Hayır

Varsa adları nelerdir?

12-Devamlı kullandığınız ilaçlar var mı? 1-Evet 2-Hayır

Varsa adları nelerdir?

13-Sağlığınızı genel olarak nasıl algılıyorsunuz?

1-Çok kötü 2-Kötü 3-Ne iyi ne kötü 4-İyi 5-Çok iyi

SAĞLIK HİZMETİ ALMA TERCİHİ ANKETİ

1-Sağlık hizmeti almak amacıyla başvurduğunuz kurumlar nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Aile sağlığı merkezi
- Devlet hastanesi
- Eğitim ve araştırma/Üniversite hastanesi
- Özel hekim/poliklinik/hastane
- Herhangi bir kuruluşun acil servisi

2-Sağlık hizmeti almak amacıyla başvurduğunuz ilk kurum hangisidir? (Bir seçenek işaretleyiniz.)

- Aile sağlığı merkezi
- Devlet hastanesi
- Eğitim ve araştırma/Üniversite hastanesi
- Özel hekim/poliklinik/hastane
- Herhangi bir kuruluşun acil servisi

3-Sağlık hizmeti almak amacıyla ilk başvurduğunuz kurumu tercih etme sebepleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- Bulunulan yere yakın olması
- Alınan hizmetten memnun olma
- Tavsiye edilmiş olması
- Ekonomik olarak uygun olması
- Alışkanlık

4-Aile hekiminize başvurmanın genel sağlığınızı olumlu etkileyeceğini düşünüyor musunuz?

- 1-Kesinlikle katılıyorum 2-Katılıyorum 3-Fikrim yok
4-Katılmıyorum 5-Kesinlikle katılmıyorum

5-Aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

6- Aile sağlığı çalışanınızın kim olduğunu biliyor musunuz? 1-Evet 2-Hayır

7-Bağlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi'nin neresi olduğunu/nerede olduğunu biliyor musunuz?

- 1-Evet 2-Hayır

8-Bağlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi'nin evinize uzaklığı ne kadar?

1-Çok yakın (500metreden az) 2-Yakın (500metre-1kilometre arası) 3-Uzak (1-2 kilometre arası) 4-Çok uzak (2kilometreden fazla)

9-Bağlı olduğunuz Aile Sağlığı Merkezi'ne nasıl ulaşıyorsunuz?

1-Yürüyerek 2-Toplu ulaşım ile 3-Özel araç ile

10-Aile hekimliği sistemi ile ilgili yeteri kadar bilginiz olduğunun düşünüyor musunuz?

1-Evet 2-Hayır

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇME ANKETİ

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1-Toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir.					
2-Teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir.					
3- Geniş yanık alanı olan hastayı takip eder.					
4- Ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini verir.					
5-Periyodik sağlık muayenesi yapar.					
6- Uzun süreli hastalar için fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verir.					
7-Bebek/çocuk/ergen takibi yapar.					
8- Bağışıklama hizmeti verir(aşılama).					
9- Ağız ve diş sağlığı ile ilgili teşhis ve tedavi yapar.					

10-Kronik hastalık takibi yapar. (Tansiyon, şeker, kalp hastalığı v.b.)					
11- Gebe/lohusa takibi yapar.					
12- Kişinin boy-kilo değerlendirmesini yaparak diyet ihtiyacı olup olmadığını belirler.					
13-Bazı kronik hastalıklarda kullanılan ilaçları raporlar. (Uzman aile hekimi)					
14- Görüntüleme tetkik hizmeti verir. (Röntgen v.b.)					
15- Kanser taraması yapar. (Kalın barsak, rahim ağzı, meme kanseri)					
16- Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerini yürütür.					
17- Ayrıntılı göz muayenesi sonrası gözlük reçete eder.					
18-Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder.					
19- Tetkik hizmeti verir.					
20- Hafta sonu hizmet verir.					
21-Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar.					
22-Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar.					

23- Diyet gereksinimi olan hasta için diyet listesi düzenler.					
24- Ehliyet, işe giriş, evlilik v.b. için sağlık raporu düzenler.					
25- Alkol, sigara, madde bağımlılığı olan kişiye danışmanlık hizmeti verir.					



EK 2: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU- E-ASM

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“3.Basamak Bir Sağlık Kuruluşundaki Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalar ile Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının Belirlenmesi ve Bunların Sağlık Hizmeti Alma Tercihine Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edildiniz. Bu çalışma bir tez çalışmasıdır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi bazı demografik sorular yöneltilecek, sağlık arama davranışı ve birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeyi ölçme amacıyla anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi ve akademik amaçlı kullanılacak, tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz açıklanmayacak, çalışmayı değerlendiren kişiler dışında hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.

Uygun gördüğünüz takdirde sizi çalışmamıza dahil etmek isteriz. Herhangi bir sorunuz olduğunda 02163920270 numaralı telefondan araştırmacılardan Dr. Fatma Nur Özdemir’e ulaşabileceksiniz.

Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvuran ve Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde kayıtlı hastalara bir tez araştırması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Araştırmanın Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde yürütülecek kısmına katılmayı kabul ediyorum. Sorulara verdiğim cevapların sadece tıbbi amaçla kullanılacağını ve mahremiyetimin gözetileceğini biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. Projenin yürütülmesi esnasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebileceğim söylendi.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Sorumlu Araştırmacı Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Onam Alma İşleminde Hazır Bulunan Birim Görevlisinin Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 3: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU- EAH

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“3.Basamak Bir Sağlık Kuruluşundaki Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalar ile Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının Belirlenmesi ve Bunların Sağlık Hizmeti Alma Tercihine Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmada yer almak üzere davet edildiniz. Bu çalışma bir tez çalışmasıdır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi bazı demografik sorular yöneltilecek, sağlık arama davranışı ve birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeyi ölçme amacıyla anket sorularını cevaplamanız istenecektir. Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi ve akademik amaçlı kullanılacak, tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimlik bilgileriniz açıklanmayacak, çalışmayı değerlendiren kişiler dışında hiç kimse ile paylaşılmayacaktır.

Uygun gördüğünüz takdirde sizi çalışmamıza dahil etmek isteriz. Herhangi bir sorunuz olduğunda 02164413900-23178 numaralı telefondan araştırmacılardan Dr. Fatma Nur Özdemir’e ulaşabileceksiniz.

Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği’ne başvuran ve Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde kayıtlı hastalara bir tez araştırması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Araştırmanın Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği’nde yürütülecek kısmına katılmayı kabul ediyorum. Sorulara verdiğim cevapların sadece tıbbi amaçla kullanılacağını ve mahremiyetimin gözetileceğini biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. Projenin yürütülmesi esnasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebileceğim söylendi.

Katılımcının Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Sorumlu Araştırmacı Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza:

Onam Alma İşleminde Hazır Bulunan Birim Görevlisinin Adı ve Soyadı:

Tarih:

İmza: