

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN
TOPLUM YÖNELİMLİ OLMAYA YÖNELİK
BİLGİ VE TUTUMLARI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Mehtap TATLIOĞLU

EDİRNE-2025



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, canım anneme, babama ve kardeşlerime, sevgili eşime ve biricik kızım İlayda TATLIOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
AİLE HEKİMLİĞİ.....	3
Aile Hekimliğinin Tanımı.....	3
Aile Hekimliği Uzmanlığı.....	4
Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri.....	5
Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri.....	6
AİLE HEKİMLİĞİ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİNDEN BİRİ: TOPLUM YÖNELİMİ.....	9
Toplum Yönelimli Bakım.....	9
Toplum Yönelimli Aile Hekimliği.....	11
Uygulama Önerileri.....	14
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
BULGULAR.....	23
TARTIŞMA.....	55
SONUÇLAR.....	75
ÖZET.....	77

SUMMARY.....	79
KAYNAKLAR.....	81
EKLER	



SİMGİ VE KISALTMALAR

AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BZBH	Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar
COPC	Community Oriented Primary Care (Toplum Odaklı Birincil Bakım)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi)
KDT	Kanıtı Dayalı Tıp
TYAH	Toplum Yönelimli Aile Hekimliği
WONCA	The World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)

GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği'nin tanımı, bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900'lü yılların başından itibaren Leeuwenhorst, Gay, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Olesen tarafından geliştirilerek 2002 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of Family Doctors; WONCA) tarafından en geniş tanımı yapılmıştır (1-5).

Dünya Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) tanımına göre Aile Hekimi: disiplinin ilkelerine göre yetiştirilmiş uzman hekimdir. Yaş, cinsiyet ve hastalık türü farketmeksizin, tıbbi bakım için başvuran her bireyin kapsamlı ve sürekli bakımından primer olarak sorumludur. Hasta bakımını sağlarken, bireyin kültürel yapısını, yaşadığı toplumu, ailesini ve gezegenin entegre sağlığını dikkate alır. Ayrıca, bireyin özerkliğine her zaman saygı gösterir. Mesleki sorumluluk bilinciyle, hem topluma hem de doğal çevreye karşı duyarlıdır. Hastalarla birlikte tedavi planı oluştururken, fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal faktörlerine gezegen sağlığıyla ilişkili unsurları entegre ederek güven temelli bir ilişki kurar ve tekrarlanan görüşmelerle elde ettiği bilgileri bütünleştirir (6).

Aile hekimliği uzmanı, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek ve tedavi, bakım hizmeti sunarak veya hastalığı hafifleterek mesleki görevini yerine getirir. Bu süreçte, hizmet sunduğu toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklara uygun hareket eder. İhtiyacı olan hastaları uygun sağlık hizmetlerine yönlendirir. Ayrıca, etkin ve güvenli hasta bakımı sağlama becerilerini sürekli olarak geliştirmek zorundadır (6).

Aile Hekimliği disiplinin ilkelerine göre yetiştirilen uzmanların sahip olmaları beklenen, WONCA Avrupa tarafından belirlenen 12 temel özellik ve bu özelliklerin toplandığı 6 çekirdek yeterlilik vardır. Bunlardan biri de "Toplum Yönelimli Olma" ilkesidir (6).

Bu ilke toplum sağlığından sorumlu olmayı kapsar ve hekimlerin hastalarının sağlık gereksinimlerini ve içlerinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan

kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştıırabilme yeterliliği olarak tanımlanır. Aile hekimliği uzmanları bu sorumluluklarını gezegen sağlığını korumanın gerekliliklerini gözardı etmeden yerine getirebilmelidirler. Aile hekimliği polikliniğinin yerini eko-sorumluluk ile seçmek ve hekimlik uygulamalarında en az kirletici modu seçmek, aile hekimi uzmanının toplum yönelimli olmaya yönelik uygulamaları arasındadır (6).

Bu çalışmada Edirne il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunmada toplum yönelimli olma yaklaşımı, aile hekimliği pratiğinde kullanımı ve önemi hakkında bilgi ve tutumları araştırılmıştır. Aile hekimlerinin toplum yönelimli olma ilişkili bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendirme; cinsiyet, hizmet süreleri, pratiklerinde kanıta dayalı tıp uygulamalarından faydalanmaları ve gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olma gibi sosyodemografik özelliklerinin toplum yönelimli olma konusundaki bilgi ve tutumları üzerine etkilerini araştırmak, hekimlerin konu ile ilgili farkındalığı arttırmak ve elde edilecek verilerle toplum sağlığına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Hekimliğinin Tanımı

Diğer klinik bilimlerle ilgili disiplinlere göre nispeten daha genç olan Aile Hekimliği, günümüze kadar birçok kişi ve kurum tarafından, çeşitli şekillerde tanımlanmış bir disiplindir.

Hollanda’da 1974 yılında düzenlenen “Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi” toplantısında, birinci basamak hekimliğinin diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanmış ve aile hekimliği uzmanlığının tüm dünyada kabul gören tanımı yapılmıştır (7). Leeuwenhorst Tanımı olarak bilinen bu tanıma göre aile hekimliği; yaşa, cinsiyete ve rahatsızlıklara göre ayırım yapılmadan bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa bireysel ve sürekli birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimdir. Kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verendir. Kronik, tekrarlayan rahatsızlıkları olan ya da terminal dönemde olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir (1).

Leeuwenhorst’un bu tanımlamasını, 1991 yılında yapılan “WONCA Tanımı” takip etmiştir. Bu tanıma göre aile hekimiği uzmanı: esas olarak tıbbi bakım talep eden herkese kapsamlı bakım sunma ve gerektiğinde sağlık sisteminin diğer öğelerini de harekete geçirmek ile sorumlu olan hekimdir. Tıbbi bakım arayan herkesi ayırım yapmaksızın kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür. Görevini bireylerin sağlık ihtiyaçları ve toplumun kaynaklarına göre doğrudan ya da diğer hizmet unsurlarıyla birlikte yerine getirir (8).

Daha sonra Olesen ve ark. (4) tarafından “Olesen Tanımı” ortaya atılmıştır. Bu tanıma göre aile hekimliği uzmanı sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu ya da sorunları için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere

eğitilmiş uzman hekimdir. Aile hekimisi hastanın var olan hastalığının tipine, diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin mevcut kaynaklarını hastaların yararına olacak şekilde düzenler. Aile hekimisi biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme alanlarında bireylerle ilgilenir (4).

Aile Hekimliği Uzmanlığı

Dünya Aile Hekimleri Örgütü “WONCA”, The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians'ın (Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Kolejleri, Akademileri ve Akademik Dernekleri Örgütü) baş harflerinden oluşan bir akronimdir (9). WONCA Avrupa (Avrupa Aile Hekimliği Topluluğu) Dünya Aile Hekimleri Örgütü’nün Avrupa koludur ve 30 Avrupa ülkesinin ulusal aile hekimliği akademik örgütleri ve doğrudan üye aile hekimlerinden oluşturmaktadır. WONCA Avrupa, tüm kıtada Aile Hekimliği disiplini için akademik ve bilimsel liderlik ve temsil sağlamaktadır (10).

Her alanda olduğu gibi sağlık ve tıp alanında da Avrupa ölçeğinde standardizasyon arayışları, 20. yüzyılın son çeyreğinde var olan birçok tanıma rağmen, 21. yüzyılın hemen başında Aile Hekimliği disiplininin yeniden tanımlanması ihtiyacını doğurmuştur. WONCA 2002’de yayınladığı uzlaşş raporunda aile hekimliği şöyle tanımlanmaktadır: “Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır” (2).

Aile hekimleri, disiplinin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktorlardır. Yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız olarak tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakımın sağlanması sorumludurlar. Bireylere aileleri, toplumları, kültürleri ve yaşadıkları çevre bağlamında bakarlar ve her zaman hastalarının otonomisine saygı gösterirler. Aynı zamanda topluluklarına karşı profesyonel bir sorumlulukları olduğunu kabul ederler. Hastalarıyla yönetim planlarını müzakere ederken fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal faktörleri entegre ederler ve tekrarlı temasların sağladığı bilgi ve güveni kullanırlar (6).

Aile hekimleri, profesyonel rollerini sağlığı geliştirerek, hastalığı önleyerek, tedavi, bakım veya palyasyon sağlayarak yerine getirirler. Bunları tek sağlık, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik hedeflerine duyarlı bir şekilde gerçekleştirirler. Toplumun sağlık ihtiyaçlarına ve mevcut kaynaklara göre hareket ederek, hastaları uygun yerlere yönlendirip gerektiğinde bu

hizmetlere erişim konusunda yardımcı olurlar. Aynı zamanda, etkili ve güvenli hasta bakımının temeli olarak becerilerini geliştirme ve sürdürme sorumluluğunu taşımalıdır (6).

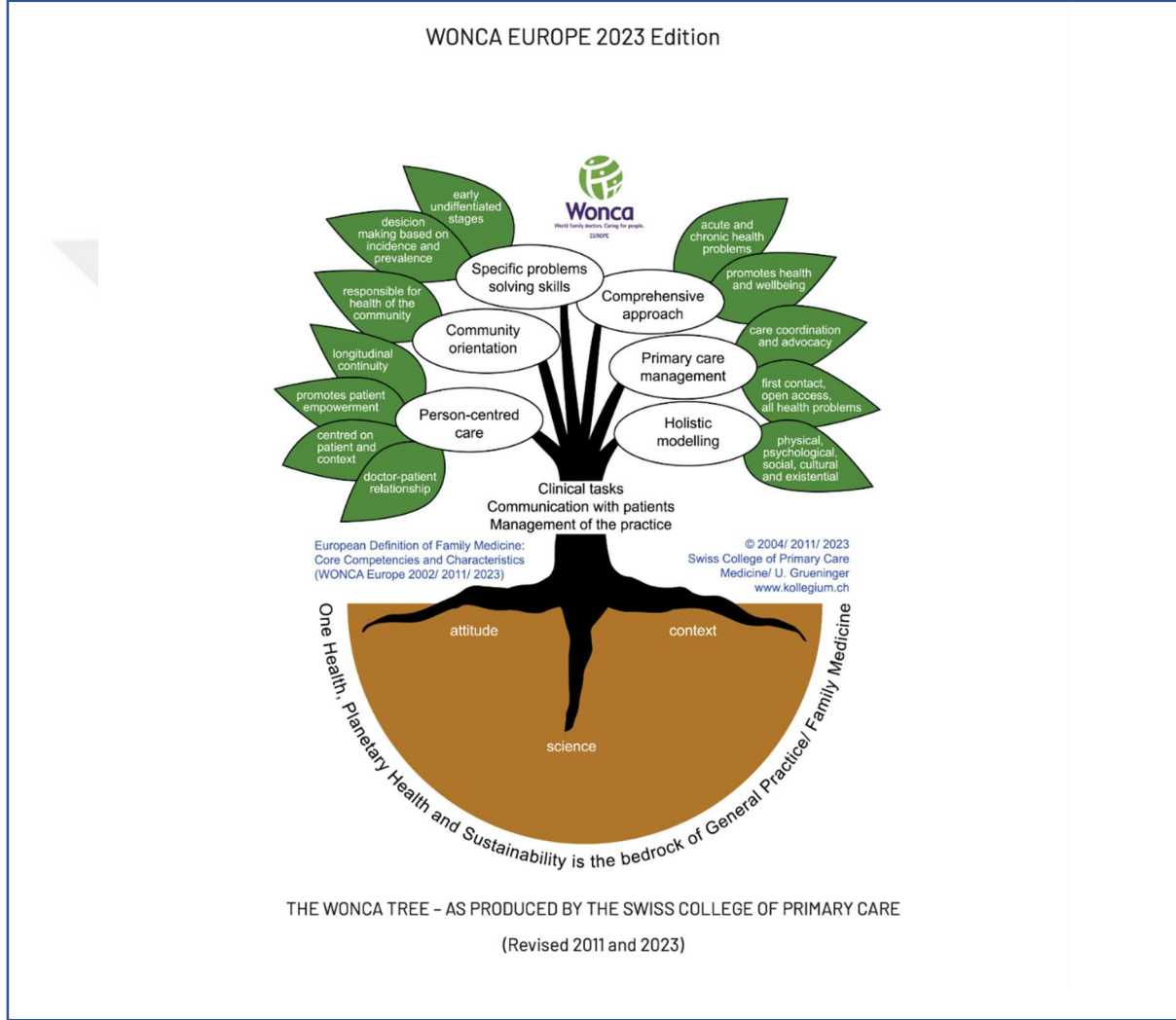
Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri

- a. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlayarak ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; kişinin yaşından, cinsiyetinden ya da başka herhangi bir özelliğinden bağımsız tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b. Bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık profesyonelleriyle birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek etkin kaynak yönetimi sağlar. Böylece sınırlı olan sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanımını sağlar.
- c. Kişi merkezli, aile ve toplum yönelimli bir yaklaşımla bakım sunar.
- d. Hastanın güçlenmesini teşvik eder.
- e. Doktor ve hasta arasında kurulan etkin iletişim sayesinde, zaman içinde oluşturulan benzeri olmayan bir danışmanlık sürecine sahiptir.
- f. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- g. Rahatsızlıkların toplumdaki insidans ve prevalans ile şekillenen özgün karar verme süreci vardır.
- h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde orataya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- i. Akut ve kronik rahatsızlıkları eş zamanlı yönetir.
- j. Uygun ve etkin koruma sağlayarak hastaları ve içinde yaşadıkları eko sistemin sağlığının ve iyilik halinin devamına yardımcı olur.
- k. Toplum sağlığı ve doğal çevre konusunda özel bir sorumluluğu vardır.
- l. Sağlık sorunlarıyla fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır (6).

Burada belirtilen 12 temel özellik her aile hekimliği uzmanının ustalaşması gereken “12 temel yeteneği” belirler. Bunlar 6 çekirdek yeterlilik başlığı altında toplanabilir (6).

Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlilikleri

Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün 2005 yılında ortaya koyduğu, en son 2023 tarihinde revize edilen ve "WONCA Ağacı" olarakta adlandırılan "Aile Hekimliği Ağacı" Şekil 1'de görülmektedir (6).



Şekil 1. Aile Hekimliği ağacı; Wonca ağacı (6)

Aile hekimliği disiplininde yer alan "ağacın yaprakları", yani 12 temel özellik, belirli yetkinliklerle ilişkilendirilerek 6 çekirdek yeterlik altında toplanır. Her çekirdek yeterlik, bir veya daha fazla temel özellik ile bağlantılıdır ve aile hekimliği alanında profesyonel bilgi, beceri ve tutumların bir bütün olarak nasıl çalıştığını tanımlar (6).

Aşağıda bu altı çekirdek yeterlik ve parantez içinde ilişkili temel özellikler (yukarıda verilen numaralandırılma dikkate alınarak) sıralanmıştır (11):

- 1. Birinci basamak yönetimi (a,b):** Hastalarla ilk teması yönetebilme, tüm sağlık durumlarıyla ilgilenebilme, diğer sağlık çalışanlarıyla koordinasyon sağlama, etkili sağlık hizmeti sunumu ve hastaların savunuculuğunu yapmayı içerir (11).
- 2. Kişi merkezli bakım (c,d,e,f):** Kişi merkezli yaklaşım benimseyerek, hasta otonomisine saygı çerçevesinde etkili hekim-hasta ilişkisi kurabilme, iletişim, öncelik belirleme ve sürekli bakım sağlama yetilerini içerir (11).
- 3. Özgün problem çözme becerileri (g,h):** Hastalıkların prevalansına ve insidansına dayalı karar verme, ihtiyaç halinde kademeli olarak hastalardan tetkik planlayabilme, acil girişimleri uygulayabilme, ilk etapta ayrışmamış hastalıkları yönetebilme ve etkili bir tedavi yönetimi yetilerini içerir (11).
- 4. Kapsamlı yaklaşım (i,j):** Çoklu yakınma ve patolojiyi eş zamanlı yönetebilme, sağlık geliştirme ve hastalık önleme stratejilerini kullanarak iyilik halini artırma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu koordine edebilme, gezegen sağlığı, tek sağlık ve sürdürülebilirlik konularında zorlukları aşmak için hastalar, sağlık profesyonelleri, halk sağlığı uzmanları ve politika yapıcılarla iş birliği yapabilme yetilerini içerir (6).
- 5. Toplum yönelimli olma (k):** Eldeki kaynakları kullanarak bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını uzlaştırmak, gezegen sağlığına uygun şekilde hastaların ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını birleştirmek, aile hekimliği polikliniğini eko-sorumluluk çerçevesinde, düşük enerji tüketimi ve enerji-nötr tesislerle seçmek ve profesyonel tıbbi pratikte en az kirletici tarzı benimseme yetisini içerir (6).
- 6. Holistik yaklaşım-modelleme (l):** Kültürel ve varoluşsal boyutlarını dikkate alan bir biyopsikososyal model kullanabilme yetilerini içerir (11).

Tek sağlık, gezegen sağlığı ve sürdürülebilirlik 6 çekirdek yeterliliğin, 12 temel özelliğin ve uygulamalarda temel olan 3 ek özelliğin tamamına entegre yeni bir yaklaşıma olanak sağlayarak, aile hekimliğinin temelini oluşturur ve Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Tanımının 2023 güncellemesinde bu “üç bileşen” yani Tek Sağlık, Gezegen Sağlığı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SHK; Sustainable Development Goals) öne çıkmaktadır ve aşağıdaki gibi tanımlanırlar (6,12):

- Tek Sağlık, insanların, hayvanların ve çevrenin sağlığını dengeye getirmek ve optimize etmek için entegre, birleştirici bir yaklaşım olarak tanımlanabilir (13).

- Gezegen Sağlığı; insanların sağlığı ve insan sağlığının bağlı olduğu kaliteli su, hava ve toprak gibi gıda ve enerji sistemlerini etkileyen doğal gezegen sistemlerinin sağlığı olarak tanımlanır (14).
- Birleşmiş Milletler tarafından 2015 yılında kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri refahı teşvik etmeleri ve bunu yaparken gezegeni korumaları için tüm ülkelere bir eylem çağrısıdır. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, yoksulluğu sona erdirmek için, ekonomik büyümeyi destekleyen; eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve iş fırsatları gibi sosyal ihtiyaçlara hitap eden; aynı zamanda iklim değişikliği, sosyal sağlık eşitsizlikleri ve çevre koruma ile mücadele eden stratejilerle hareket edilmesi gerektiğini kabul eder (15).

İnsan sağlığı ve dünyanın doğal çevresinin sağlığı birbirine bağımlıdır ve üç bileşenin ortak konusudur. İnsan sağlığı ve refahı temiz içme suyu, temiz hava ve sağlıklı toprak gibi yaşam için gerekli bileşenleri sağlayan doğal çevreden bağımsız düşünülemez. İstikrarlı bir iklim ve sağlıklı bir çevre insanların beden ve zihin sağlığı için hayati önem taşır. İnsan sağlığı, dünyanın küresel işleyiş sisteminden ayrı bir parçaymış gibi değerlendirilemez ve önceliklendirilemez; çünkü diğer bileşenlerle uyum içinde ilerlemesi gerekir (12).

İklim krizi aynı zamanda bir sağlık krizidir. DSÖ, 2021 Özel Raporu'nda iklim değişikliğinin, insanlığın karşı karşıya olduğu en büyük sağlık tehdidi olduğunu belirtmiştir (16). Fosil yakıtlardan ve orman yangınlarının sebep olduğu hava kirliliğinden kaynaklanan solunum yolu hastalığı riskinin artması, ısı kaynaklı hastalıklar, kirlilik veya selden kaynaklanan su kaynaklı bulaşıcı hastalıkların artması, sivrisinek gibi böceklerin yeni göç yollarından bulaşan hastalıkların artması, yetersiz beslenme, gıda ve mahsul kıtlığından kaynaklanan diyet hastalıkları, zoonotik hastalıklar ve gelecekteki pandemi riskinin artması, iklim kaygısında artış sağlıklı bir dünyanın neden bu kadar önemli olduğunu gösteren örneklerden sadece birkaçıdır (12).

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin iklim değişikliğinden etkilendiği gibi sağlık hizmetleride sağlık hizmeti üretimi ve tüketimi yoluyla iklim değişikliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (16). Sağlık sektörü Avrupa'daki toplam CO2 emisyonlarının yaklaşık %5'inden (Health Care Without Harm çalışmasına göre) sorumludur ve küresel kirliliğe, sera gazı emisyonlarına önemli ölçüde sebep olmaktadır. 2015 yılında kabul edilen Paris İklim Anlaşması'nda belirlenen 1,5 derece ısınma sınırını korumak için toplumun her kesiminden büyük çabalar

gerekmektedir. Özellikle hekimler günlük mesleki pratiklerinde küresel kirliliğin ve sera gazı emisyonlarının oluşumunu azaltmada önemli rol oynamaktadır (17-19).

AİLE HEKİMLİĞİ ÇEKİRDEK YETERLİLİKLERİNDEN BİRİ: TOPLUM YÖNELİMİ

Toplum Yönelimli Bakım (Community Oriented Care)

Toplum yönelimli bakım ilk olarak 1940’larda Sidney Kark tarafından Güney Afrika’da kavramsallaştırılmıştır. Bu yaklaşıma göre; sağlık hizmeti sunumunda yalnızca bireylerin değil, toplumun sağlık sorunlarının da dikkate alınması gereklidir (20).

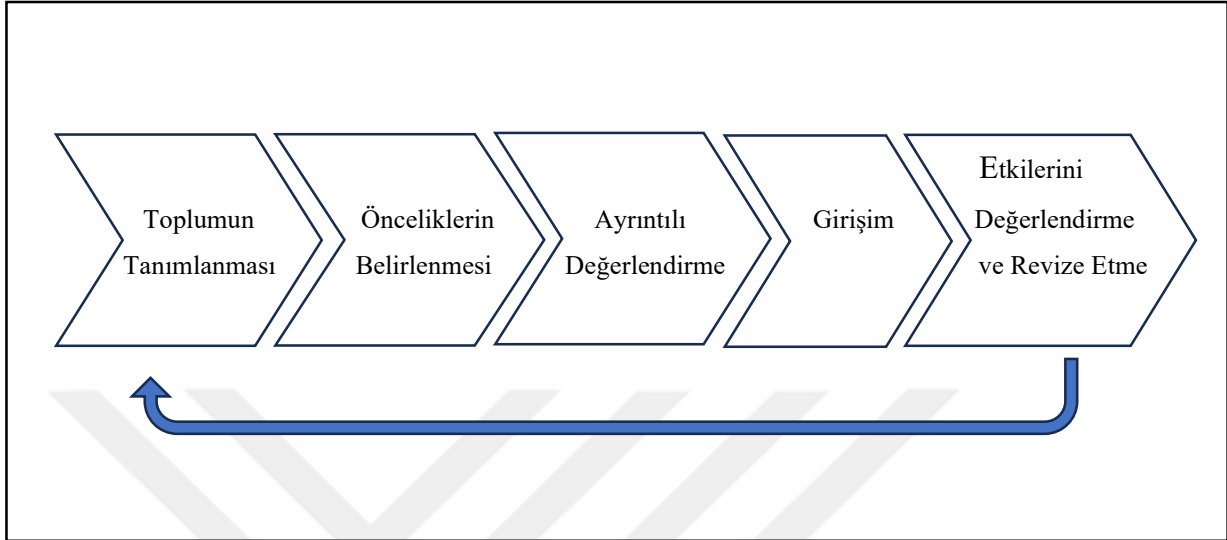
Başka bir ifadeyle; toplum yönelimli bakım, temel sağlık hizmetlerinin toplum sağlığı hizmetlerine entegrasyonudur. Temel sağlık hizmetleri klinik olarak hastalıkların ve sekellerinin tedavilerine odaklanmışken, toplum sağlığı hizmetleri sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesini amaçlamaktadır (21). Sağlık sunumu hastalıkların bakımından iyiliğin devamına, bireyselden topluma doğru bir yönelim içinde olmalı ve gerekli iş gücü ile alt yapı buna göre ayarlanmalıdır (22).

Kark ve Abramson (22) iki farklı uygulama olan bireylerin klinik bakımı ve toplum hekimliğinin uygulamalarını toplum yönelimli bakım bağlamında birleştirmenin daha verimli ve kapsamlı bir hizmet sunmaya olanak tanıyacağını 1980’de yayınlamış oldukları kitaplarında vurgulamışlardır.

Toplum yönelimi, popülasyonu ve klinik sorunları analiz etme ve kaynakların kullanımı ile ilgili geniş katılımcı kararlar sunar. Bu model, sağlık hizmetlerinde etkinlik ve demokratik katılım için uygun bir yöntemdir ve toplum yönelimli bakım etkili iletişim, savunuculuk ve araştırma becerilerinin yanı sıra sosyal ve sağlık kuruluşunun koordinasyonunu ve disiplinler arası bir perspektifi gerekli kılar. Disiplinler arası kooperasyon ve hiyerarşiden bağımsız işbirliği toplum yönelimli bakımın temel ilkeleridir (20,23,24).

Toplum yönelimli bakım hizmetleri uygulaması toplumun tanımlanması ile başlar. Bu toplumun coğrafi, demografik, sosyal özellikleri, ulaşılabilen sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler açısından açık ve net olarak ortaya konmasıdır ve toplumun temel sağlık sorunlarının saptanmasında yardımcı olur. Tespit edilen problemler, önceden tanımlanmış objektif kriterlere göre öncelik sırasına konur ve tek bir sağlık sorunu (veya ortak risk faktörleri olan bir grup sorun) müdahalenin öncelikli hedefi olarak seçilir. Üçüncü aşamada hedeflenen sorunun toplumdaki yaygınlığı ile ilgili bilgi toplanır. Sonra elde edilen bilgiler doğrultusunda amacı ve yöntemi iyi belirlenmiş bir girişim programı planlanır ve uygulanır. En son basamakta ise bu

uygulamalar izlenip değerlendirilerek döngünün yeniden başlar. Bu döngü Toplum Yönelimli Bakım Döngüsü olarak adlandırılır (Şekil 2) (24-26).



Şekil 2. Toplum yönelimli birincil bakımı süreci diyagramı (27)

Toplum yönelimli birincil bakım (Community Oriented Primary Care, COPC) uygulamasıyla ilişkili altı temel ilke vardır: COPC kapsamında tanımlanmış bir topluluğa ihtiyaç vardır; bakıma yönelik disiplinler arası bir yaklaşım kullanılır; bakımı tutarlı bir şekilde değerlendirmek ve güçlendirmek için kanıt kullanılır ve hizmetlerin kapsamlı olması, sağlık sistemi ve toplum yapılarına entegre edilmesi gerekir (Tablo 1) (28,29).

Tablo 1. Toplum odaklı birincil bakımın altı temel ilkesi (30)

İlke	Tanım
Tanımlanmış bir topluluk	Topluluğun coğrafi konumu ve mevcut kaynakları (örneğin ibadethaneler ve polis karakolları) hakkında bilgi edinilmelidir (yerel ihtiyaçlar ve varlıkların değerlendirilmesi).
Bakıma multidisipliner yaklaşım	Sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip, toplumsal sorunları teşhis etmek ve bunlara yanıt vermek için sosyal hizmetler personeliyle ortaklaşa çalışmalıdır.

Tablo 1 (Devam). Toplum odaklı birincil bakımın altı temel ilkesi (30)

İlke	Tanım
Kanıt dayalı bakım	Toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak bir hizmetin planlanması için toplum verilerinin tutarlı bir şekilde toplanması ve kullanılması gerekir.
Kapsamlı bakım	Hizmet paketi, çeşitli rahatsızlıklara yönelik bakım sağlamalı ve mümkünse kapsamlı olmalıdır (örneğin, destekleyici, önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyon bakımı).
Bakımın entegrasyonu	Sağlık hizmeti ve diğer sosyal hizmetler bütünleşik ve sürekli bir biçimde sunulmalıdır.
Topluluk katılımı	Sorunların değerlendirilmesi ve müdahalelerin uygulanması süreçlerine toplum üyeleri dahil edilmeli ve mümkün olan durumlarda mevcut toplum kaynakları kullanılmalıdır (örneğin, yerel halkın sağlık çalışanı olarak istihdam edilmesi).

Toplum Yönelimli Aile Hekimliği

Aile hekimliğinin 12 temel özelliği ve bunlara bağlı 6 çekirdek yeterliliğinden biri de “Toplum Yönelimli” olmasıdır (31).

Toplum Yönelimli Aile Hekimliği (TYAH), tanımlanmış bir toplumun sağlık ihtiyaçlarını değerlendirilerek, sistematik bir yaklaşımla sağlık sorunlarının çözülmesi ve multidisipliner ekiplerle çalışarak kapsamlı birinci basamak sağlık hizmeti verilmesi anlamına gelmektedir. Toplum yönelimli aile hekimi toplumun spesifik özelliklerini ve öncelikli ihtiyaçlarını bilir ve psikoloji, biyoloji, sosyal bilimlerin ve epidemiyolojinin katkılarıyla bireylerin ve toplumların multidisipliner aile sağlığı ekibinin organizasyonlarına dahil edilmesini sağlayarak işlev görür. TYAH, aile hekimleri için önemli bir uygulama modeli olup, bireysel hizmetlerin ötesinde topluma yönelik bakım stratejileri sunar (30-32).

Bir aile hekimliği uzmanının toplum yönelimli olmaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarına yön veren ilkeler şu şekilde sıralanabilir (33):

1. Aile hekimi hasta ile gerçekleştirdiği her görüşmesini sağlığın geliştirilmesi için fırsat olarak değerlendirir.
2. Aile hekimleri, kayıtlı hastalarını risk durumlarına göre değerlendirir; tansiyon ölçme, aşılar, kanser taramaları gibi kontrolleri yapar. Ayrıca, sadece başvuran hastayı değil, başvurmayanları da göz önünde bulundurur.
3. Aile hekimi, kendisini toplum içindeki sağlık hizmetleri ve destek ağının bir parçası olarak kabul eder.
4. İdeal olarak, aile hekimleri hastalarıyla aynı ortamda yaşamalıdır.
5. Aile hekimi, kaynakların yöneticisidir. Dünyanın her yerinde kaynaklar kısıtlıdır. Bu nedenle hastaların ve toplumun yararı için kaynakların yönetimi aile hekiminin sorumluluğundadır. Tedavi reçetelerini, uzmanlara yönlendirmeleri, hastaneye yatışları, tanısal incelemelerin kullanımını kontrol edebilirler. Zaman zaman hastanın bireysel çıkarları, toplumun çıkarlarıyla çatışabilir ve bu da etik sorunlar yaratabilir. Bu nedenle, dikkatle yönetilmesi gereken bir süreçtir (33).

Toplum yönelimli aile hekimlerinin temel amaçları; sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasını teşvik etmek, klinik tıp ile toplum sağlığı arasında hastalıklar konusunda ortak bir yaklaşım oluşturmak, toplumu bu süreçlere dahil etmek, eğitim sürecini yeniden yapılandırmak, klinik ve toplum sağlığı araştırmalarını birlikte yürütmek ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi için ortak kriterler geliştirmek olarak sıralanabilir (24). Böylece toplum yönelimli aile hekimi hasta ile her buluşmayı risk altındaki popülasyonu belirlemek adına bir fırsat olarak değerlendirir. Her hastayı, mevcut problemin genellenebilirliği açısından (sosyal etkenler, predizpozan faktörler, enfektivite, temas gibi) sorgular. Sadece kendisine başvuran hasta için değil, aynı zamanda başvurmayan diğer aile fertleri, temasta bulunduğu bireyler ve risk altında olabilecekler içinde bir yönetim planı hazırlar. Sorumlu olduğu toplumun demografik özelliklerini, spesifik yönlerini bilir. Toplumun her kesiminin hizmete ulaşımını desteklemek amacıyla sistemdeki diğer profesyonellerle ekip halinde çalışır (34).

Aile hekimleri, kendilerini sağlık ağının bir parçası olarak düşünmeye alışkındırlar, hastaların yararı için çok sayıda uzmanın hizmet vermesini sağlarlar (33).

Halk sağlığı uzmanları ile aile hekimleri, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme sistemlerini oluşturma ve sürdürme açısından doğal müttefiklerdir. Yerel toplum sağlığı merkezleri ile iletişim kurulması ve sürdürülmesi, aile hekimi ile tüm sağlık sistemleri arasında

önemli bir köprüdür. Toplum sağlığı hemşireleri sayesinde aile hekimi ile toplum sağlığı arasındaki iletişim ve bakımın bütünlük olarak sürmesi sağlanır (33).

Aile hekimleri insanların birbirleri ile ilişkili sağlık ve sosyal problemleri ile ilgilenen kaynaklar ile iyi iletişim kurabilmelidir. Aile hekimleri hastaların bu konuda bilgi kaynağı olabilirler ve diğer birçok konuda destek ve yardım sağlayabilirler. Bu açıdan bu hizmetler aile hekimliği için önem arz eder. Yeni bir görev yerinde çalışmaya başlayan aile hekimleri, özellikle yerel hizmet ağları hakkında sürekli irtibatla bulunacağı sağlık idarecileri ve diğer çalışanlarla kişisel ilişki geliştirmeye özen göstermelidirler. Ayrıca aile sağlık biriminde çalışanları da iletişime açık olmaları konusunda eğitmelidirler (33).

Toplum Yönelimli Aile Hekimliği uygulamasında, hekim tüm toplumun sağlığını iyileştirme sorumluluğunu kabul etmiştir ve toplumun üyeleri de bu geliştirici hizmetlerin bir parçası olmayı onaylamıştır. Böylece sağlığı iyileştirme stratejileri ve koruyucu hekimlik statüsü artırılmış olur. Toplum yönelimli bakım, mevcut birinci basamak ve toplum kaynaklarının kullanımını destekler ve ciddi sağlık problemleri riski altındaki bireyleri hedefleyerek etkin maliyetli bir hizmet sunumunu sağlar (24).

Toplum Yönelimli Aile Hekimliği'nin doğru uygulanabilmesi için ulaşılabilir, sürekli, kapsamlı, sorumlu sağlık hizmeti sunan bir birinci basamak ortamı ve Toplum Yönelimli Bakım Döngüsü olarak adlandırılan toplum yönelimli birincil bakımı sürecinin (Şekil 2) uygulanması gerekir (30,32).

Akademik Aile Hekimliği Organizasyonları ile Aile Hekimliği Eğitici Yöneticileri Birliği, Stratejik Planlama Çalışma Grubu 1999 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimi esnasında asistanların kazanmaları gereken yeterlikleri aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

Aile hekimliği asistanları,

1. Toplum Yönelimli Aile Hekimliği'ni ve nüfusa dayalı tıbbi uygulamaları anlayabilmelidir,
2. Toplum Yönelimli Aile Hekimliği'ni veya kendi uygulamalarında topluma dayalı uygulamaları modelleyebilmelidir,
3. Toplumun sağlık ihtiyaçlarını tanıyabilme, girişimler oluşturabilme ve sonuçlarını değerlendirebilme kapasitesine sahip olmalıdır (9).

Burada “toplum yönelimi” terimi “topluma dayalı” teriminden farklı anlama gelmektedir. Toplum yönelimli eğitim, hem topluma hem de bireye odaklanan, toplumun sağlık ihtiyaçlarını göz önünde bulunduran eğitim olarak tanımlanır ve toplumun ihtiyaçlarına göre belirlenir;

programın kapsamı tedavi edici değil kapsayıcıdır; program aktiviteleri, herkesin sağlığını hedefler (21). Topluma dayalı eğitim ise toplumun ihtiyaçlarını hakkında eğitim vermeyi hedefler ve toplum yönelimli bir eğitim programı uygulanır. Toplum öğrenme ortamını oluşturur. Eğitime, sadece eğiticiler değil, toplumun üyeleri, diğer sektör temsilcileri de katılır. Eğitim, köy şehir farketmeksizin nerede organize edilebilirse orada verilir. Amaç, eğitimin toplumun öncelikli sağlık problemleri ile ilgili olmasıdır (20).

Toplum yönelimli bakımda ihtiyaçların belirlenmesi, hastalıkların, risk faktörlerinin ve popülasyon alt gruplarının nitelenme kabiliyetine bağlıdır. Bunu da ancak aile hekimliği uzmanları yapabilir (15).

Uygulama Önerileri

Aile hekimliği uzmanlarının toplum sağlığı sisteminin bir bileşeni olarak üstlendikleri rollerinde yerine getirmeleri gereken görevleri Doug Campos-Outcalt 2004 yılında aşağıdaki gibi tanımlamıştır. Bu tanımlar aile hekimliği uzmanlarına ve sağlık hizmeti politikası üreten yetkililere yol gösterici olabilirler (35).

Aile hekimi uzmanları uygulamalarında,

1. Koruyucu sağlık hizmetleri kılavuzlarında yer alan önerileri esas almalıdır.
2. Sürveyans sisteminin en ön safında hizmet vermelidir.
3. Toplum sağlığı merkezlerine prenatal ve bebek bakımı gibi uygun yönlendirmeleri yapmalıdırlar.
4. Toplum sağlığı merkezinin yönlendirdiği, örneğin herhangi bir aile hekimine kayıdı bulunmayan yeni hastaları kabul etmelidirler.
5. Yerel sağlık birimleri ile yapıcı bir etkileşim kurmalıdırlar (35).

Aile hekimleri günlük klinik uygulamalarında kanser taraması, aşılama ve sigarayı bırakma danışmanlığı gibi birçok önleyici hizmet gerçekleştirir. Yayınlanan kılavuzlar sayesinde hekimler hastalarına güncel önerilerde bulunurlar. Ülkenin genelinde belirli bulaşıcı hastalıkların bildirilmesinde önemli rol oynarlar. Öyle ki gelecekteki herhangi bir biyoterör olayının erken tespiti muhtemelen ön saflarda çalışan klinisyenlerin bildiriminin bir sonucu olacaktır (35).

Yerel sağlık departmanlarının klinik ve programatik yetenekleri önemli ölçüde farklılık gösterir. Yerel sağlık departmanının tüberküloz ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar için klinikler işlettiği yerlerde, aile hekimleri gerektiğinde hastalarını bu hizmetlere yönlendirebilir (örneğin,

frengiyi teşhis etmek için karanlık alan mikroskopik incelemesi gerektiğinde). Bazı durumlarda, özellikle kırsal alanlarda, sağlık departmanı bu hizmetleri güncel tanı ve tedavi yönergeleri bilgisine sahip olması gereken yerel hekimlere devredebilir. Aile hekimleri ve hastalarına faydalı olabilecek diğer kamu sağlık hizmetleri arasında kadınlar, bebekler ve çocuklar için beslenme programları, cinsel yolla bulaşan hastalık temas takibi, tüberküloz için doğrudan gözlemlili tedavi ve kamu sağlığı açısından önemli hastalıklar için laboratuvar hizmetleri yer alır (35).

Yerel sağlık departmanı ile yapıcı bir şekilde etkileşim kurmak, tüberkülozu, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve halk sağlığı açısından önemli diğer hastalıkları veya hastalık potansiyelini tanımaktan (örneğin, döküntü ve ateşin kızamık veya kızamıkçık olabileceğini bilmekten), doğru bir şekilde tedavi etmekten; toplumda hastalığın yayılmasını önlemeye yardımcı enfeksiyon kontrol önlemlerini uygulamaktan; hastalara ve halka halk sağlığı yetkilileri tarafından sağlanan bilgilerle tutarlı doğru bilgiler sağlamaktan; ve halk sağlığı departmanı hakkında yapıcı kamu açıklamaları yapmaktan oluşur (35).

Birçok aile hekimi, Aile sağlık merkezinde (ASM) hizmet etmek, bir klinik veya sağlık planının tıbbi direktörü olmak, yerel bir sağlık kurulunda görev almak, kamu görevi yapmak veya kamu sağlığı görevlisi olmak gibi daha kapsamlı kamu sağlığı rollerine sahip olabilir. Doug Campos-Outcalt aile hekimliği uzmanlarını toplum sağlığı alanındaki bu rollerine hazırlamak için temel düzey, orta düzey, gelişmiş düzey ve liderlik olmak üzere dört basamaklı bir uzmanlaşma önermektedir. Buna göre her aile hekimliği uzmanı Tablo 2 ve Tablo 3'te belirtilen temel düzey bilgi ve kabiliyetlere sahip olmalıdır (35).

Tablo 2. Aile hekimi uzmanlarının sahip olması gereken temel düzey bilgiler (35)

- Yerel sağlık departmanlarının işlevlerini ve yetkilerini bilir.
- Merkezi ve yerel sağlık birimleri ile nasıl etkili iletişime geçebileceğini bilir
- Toplum sağlığı görevleri olan yerel, merkezi kurumların rollerini bilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, tüberküloz ve halk sağlığı açısından önemli olan diğer hastalıkların tıbbi bakımının nasıl olduğunu bilir.
- Kanıta dayalı koruyucu rehberleri bilir.
- Toplum sağlığı kaynaklarının (temas takibi, direkt gözlem tedavisi, izolasyon ve karantina) uygun kullanımını bilir.
- Acil durumlarda ve afetlerdeki rolünü bilir

Tablo 3. Aile hekimi uzmanlarının sahip olması gereken temel düzey kabiliyetler (35)

- Bildirimi zorunlu hastalık veya durumların bildirilmesi
- Vital istatistiklerin doğru kaydedilmesi
- Klinik koruyucu rehberlerin uygulanması (bağışıklama, tarama, seyahat önerileri, danışma, kemoprofilaksi,)
- Tıbbi literatürü anlayabilme, yorumlayabilme (temel epidemiyoloji ve istatistik)
- Çok sık görülmeyen hastalık ve şablonları tanıyabilme
- Çevre ile ilgili durumlarla alakalı bilgi toplayabilme
- Toplum kaynakları ile iletişim kurabilme
- Hayat tarzı değişikliği için danışmalık verebilme

1992’de kurulan EURACT (The European Academy of Teachers in General Practice) WONCA Avrupa Bölgesi’nin Eğitim Network’üdür ve 2005 yılında Educational Agenda of General Practice/Family Medicine adlı belgeyi yayınlamıştır. Bu belge, Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik çekirdek yeterliliklerinin öğretilmesinde eğitimcilere ve öğrenenlere genel bir eğitim çerçevesi çizmektedir (36). 2005 yılında European Learning Community tarafından onaylanan belge, 8 bölüm, 25 yetkinlik ve 80 alt yetkinlik ile yetkinlikleri tanımlamaktadır (37).

Bu belgeye göre aile hekimleri toplum yönelimli olmak açısından eğitim programının sonunda, hastaların bireysel sağlık ihtiyaçlarını ve yaşadıkları topluluğun sağlık ihtiyaçlarını mevcut kaynaklarla dengede olacak şekilde uzlaştıracak durumda olmalıdır. Bu, aşağıdakileri gerektirecektir (38):

1. Nüfusun epidemiyolojik özellikleri aracılığıyla toplulukların sağlık ihtiyaçlarını anlamak;
2. Sağlık ve sosyal bakım arasındaki karşılıklı ilişkileri anlamak;
3. Yoksulluk, etnik köken ve yerel epidemiyolojinin sağlık üzerindeki etkisini anlamak;
4. Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin farkında olmak;
5. Sağlık hizmetleri sisteminin yapısını ve ekonomik sınırlamalarını anlamak;
6. Sağlıkla ilgili topluluk politikalarında yer alan diğer profesyonellerle çalışmak ve onların rollerini anlamak;

7. Pratiğinin kalite güvencesinde uygulama ve topluluk temelli bilgilerin önemini anlamak;
8. Sağlık hizmetleri sisteminin hasta ve doktor tarafından kendi bağlamlarında nasıl kullanılabileceğini (mesela sevk prosedürü, katkı payları, hastalık izni, yasal sorunlar gibi.) anlamak;
9. Bireylerin ihtiyaçlarını yaşadıkları topluluğun ihtiyaçlarıyla uzlaştırmak (38).

Toplum yönelimli bir aile hekimliği uzmanı mesleki rolünü, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek ve tedavi ederek, bakım hizmeti sunarak ya da hastalığı semptomlarını hafifleterek yerine getirir (16). Bunu yaparken, eldeki kaynakları kullanarak, gezegen sağlığının ihtiyaçlarını gözeterek hastaların sağlık ihtiyaçlarını toplumun sağlık ihtiyaçları ile birleştirir (39).

Aile hekimliği uzmanları dünyanın sınırlı kaynaklarının tüketimini, gereksiz klinik aktiviteyi ve kaynak israfını azaltmaya yardımcı olmak için bir dünya vatandaşı olarak hareket etmekle yükümlüdürler. İnsanlar ve gezegen için ortak faydalar kavramı, klinik yönetim planlamasında hastalarla paylaşılması gereken önemli bir konudur. Örneğin, akut hastalıklarda antibiyotiklerin akılcı reçetelenmesi artırılabilir. Hasta sonuçlarını iyileştirmeyen veya yarardan çok risk barındıran müdahaleler, testler veya eylemler için düşük değerli bakımı tartışarak ortak karar verme sürecini destekleyebiliriz (40). Kronik hastalıkların hasta tarafından kendi kendine yönetimini daha iyi destekleyebiliriz. Kişisel yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmek ve insan sağlığı ile çevreyi bir arada desteklemek, hem insanlar hem de gezegen için önemli kazanımlar sağlar (41,42).

Hekimler bunun için hastalarına "İklim danışmanlığı" yapabilirler. İklim danışmanlığı iklim krizinin de ele alındığı bir danışmanlık oturumu olarak tanımlanabilir. Bu çerçevede hastalar Planetary Health Diet'e (Gezegen Sağlığı Diyeti) geçmeye, yürüyüş veya bisikletle daha fazla hareket etmeye, sürdürülebilir tüketim/seyahat planlamasına ve ekolojik ayak izi üzerine düşünmeye teşvik edilebilir, iklim krizi ve sağlık arasındaki ilişki hakkında bilgilendirebilirler. Örneğin polen alerjisi olan hastaları, küresel ısınma nedeniyle polene maruz kalma süresinin arttığı konusunda ya da kalp-damar hastalığı olan hastaları, yaz aylarında artan sıcaklıklardan daha fazla etkilenebilecekleri konusunda bilgilendirilebilir ve aşırı sıcaklarda spor aktivitelerinden kaçınma veya günlük sıvı alımını artırma gibi bireysel önerilerde bulunulabilir (18).

Aile hekimleri aile sağlık merkezinin yerini eko-sorumluluk ile seşmeli (düşük enerji tüketimi ve hatta enerji-nötr tesisler (binalar/fasiliteler) ve hekimlik pratiğinde en az kirletici tarzı tercih etmelidirler (39).

Bunun için aile hekimleri ASM’de örneğın yenilenebilir enerjiye geçebilirler, elektrik tasarrufu için LED ampulleri kullanılabilirler, hasta tuvaletleri gibi az kullanılan alanları hareket sensörleriyle donatılabilirler (43). Neredeyse kağıtsız bir muayenehane yürütmek günümüzde mümkündür. Yanlış basılan belgeler, gizlilik kurallarına uygun şekilde yeniden kullanarak, mümkünse çift taraflı baskı yaparak kağıt, toner ve enerjiden tasarruf sağlanabilir. Elektronik hasta dosyası, yine kağıt kullanımını azaltmaya önemli katkı sağlar (18).

Sağlık sektörü, tek kullanımlık malzemelerin tüketimi gibi faktörler nedeniyle atık miktarını önemli ölçüde arttırmaktadır. Ayrıca zehirli veya tehlikeli maddelerin bertaraf edilmesi de atık yönetimi açısından önem taşır. Bu nedenle sürdürülebilir atık yönetimi ve sürdürülebilir tedarik, sağlık sektöründe sürdürülebilir yönetimin temel taşlarını oluşturur. Bu kapsamda döngüsel ekonomi prensiplerine uygun atık yönetimi, atık azaltımı ve önlenmesi, geri dönüşümde verimli iş akışları, dikkatli atık ayrımı bileşenlerinden oluşur. Tedarik süreçlerinde, bir ürünün tüm yaşam döngüsü dikkate alınmalı ve mümkün olduğunca yerel tedarik yolları tercih edilmelidir. Doktor muayenehanelerinde, su tasarrufu konusunda temelde evde de kullanılan elektronik kontrollü musluk armatürleri, kendiliğinden kapanan musluklar gibi imkanlardan faydalanılabilir (18,44).

Aile hekimliğı alanında oluşturulan CO2 ayak izine en fazla reğetelenen ilaçlar neden olur, ardından hasta ve personelin mobilitesi ile ısıtma kaynaklı emisyonlar gelir (45,46).

Kuru toz inhalatörleri (DPI), etken maddeyi toz halinde içerir. Etkin maddenin salınımı ve dağıtımı nefes almayla gerçekleşir. Etkili bir tedavi sağlamak için yeterince güçlü bir nefes almak gereklidir. Buna karşılık, dozajlı aerosoller (DA), etken maddeyi derin akciğer bölgelerine taşımak için itici gazlar kullanır ve itici gaz olarak Hidrofloroalkanları (Fluranlar) içerir (47). Bunlar ozon tabakasına zarar vermez ancak güçlü sera gazlarıdır. Bu nedenle, Birleşik Krallık’ta dozajlı aerosollerin toplum sağlık sistemine ait sera gazı emisyonlarının %3.5’inden sorumlu olduğú sonucuna varılmıştır. Tedavide inhalatif ilaçların seçimi özellikle kullanım kolaylığı ve solunum tekniğine göre belirlenir. Genel olarak, 5 yaşından küçük çocuklar, geriatric hastalar ve genel olarak akut kötüleşme yaşayan hastalar için zorlu inspirasyon manevraları gerektiren kuru toz inhalatörler önerilmez. Bununla birlikte, birçok kişı için daha çevre dostu kuru toz inhalatörler kullanılabilir. Bir randomize çalışmada, daha çevre dostu kuru toz inhalatörlere geçişin, astım kontrolü açısından dezavantaj olmaksızın

sera gazı emisyonlarında önemli bir azalmaya neden olduğu saptandı; daha eski bir sistematik derlemede, dozajlı aerosollerle diğer inhalatif ilaçlar arasında klinik olarak önemli farklılıklar bulunmadı (48-50).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma Edirne il merkezine bağlı ASM’lerde çalışan aile hekimlerinin hizmeti sunmada toplum yönelimli olma ve bunun aile hekimliğinde kullanımı ve önemi hakkında bilgi ve tutumlarının araştırılması amacıyla yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini Edirne il merkezine bağlı ASM’lerde çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde Edirne il merkezinde 23 ASM’de toplam 58 aile hekimi görev yapmaktadır. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Örneklem sayısı %5 hata payı, %95 güven aralığıyla minimum katılması gereken 51 kişi olarak hesaplandı.

Çalışma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ nun etik kurul onayı ve Sağlık Bakanlığı Edirne Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı’ dan gerekli onay alındıktan sonra 07 Mayıs 2024 ile 29 Ağustos 2024 tarihleri arasında Edirne il merkezinde ASM’lerde çalışmayı kabul eden, gönüllü 52 aile hekimi ile görüşüldü. Çalışmaya katılan kişilerden sözlü onam alınarak, anketler yüz yüze görüşme tekniği ile yapıldı. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri Edirne il merkezine bağlı bir ASM’de aile hekimi olarak çalışmak ve çalışmaya katılmak için gönüllü olmak olarak belirlendi. Kişinin çalışmaya katılmayı kabul etmemiş olması, iletişimi engelleyecek bir problemin olması çalışmaya dahil edilmeme kriterleri olarak belirlendi.

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, katılımcıların “Toplum yönelimli olma” ile ilgili bilgi düzeyini ve tutumlarını değerlendiren toplam 73 sorudan oluşmaktadır.

Ankette yer alan ve katılımcıların “Toplum yönelimli olma” ile ilgili bilgi düzeyini ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan soruların kategorilerini belirlemek için aşağıdaki literatürlerden faydalanıldı:

- Doug Campos-Outcalt tarafından tanımlanan, aile hekimliği uzmanlarının toplum sağlığı alanındaki rollerine hazır olabilmeleri için sahip olmaları gereken temel düzey bilgi ve yeterlilikleri (35),
- European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EUTRACT) tarafından 2005 yılında yayınlamış olan Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik çekirdek yeterliliklerinin öğretilmesinde, eğiticilere ve öğrenenlere bir eğitim çerçeve dokümanı niteliği taşıyan Educational Agenda of General Practice/Family Medicine adlı belge (36),
- Dünya Aile Hekimleri Birliği Avrupa kolu tarafından belirlenen 6 çekirdek yeterlilikten biri olan “Toplum Yönelimli Olma” ilkesinin WONCA 2023 Revizyonu’nda belirtilen ilkeleri (6).

Toplum yönelimli olma bilgi ve tutum testi için belirlenen konu başlıkları şöyledir: “KDT”, “Acil durum ve Afet Yönetimi”, “BZBH”, “Akılcı İlaç Kullanımı”, “Aşı Kampanyaları” ve “Toplum yönelimli olmanın prensiplerini yansıtan ilkeler”.

Bu konu başlıkları ile ilgili literatür taranarak bilgi testi için toplam 25 önerme oluşturuldu ve katılımcılara yöneltildi. Katılımcılardan sunulan bilgiyi doğru ya da yanlış olmaları açısından değerlendirmeleri ve “Doğru”, “Yanlış” ya da “Bilgim Yok” şeklinde cevaplamaları istendi. Önermelerden 15 tanesi doğru önerme olup, 10 tanesi yanlış önermedir.

Aile hekimlerinin toplum yönelimli olmaya yönelik tutum düzeyini değerlendirmek için ise yine aynı konu başlıklarından literatür taranarak 1 tanesi olumsuz, 21 tanesi olumlu olmak üzere toplam 22 önerme içeren bir tutum soruları anketi oluşturulmuştur ve anket 5’li likert tipinde hazırlandı. Katılımcılardan pratiklerinde uygulama durumlarını dikkate alarak her bir öneri için kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum şeklinde belirlenenen seçeneklerden yalnızca birini işaretlemeleri istendi.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov,

Shapiro-Wilk test ile ölçüldü. Dağılımı normal olan nicel bağımsız verilerin analizinde bağımsız örneklem T testi kullanıldı. Dağılımı normal olmayan nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-kare testi, Ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer testi kullanıldı. Korelasyon analizlerinde Spearman-Rho , Kendall tau b ve Nokta çift serili korelasyon testleri kullanılmıştır. Analizlerde SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 19, seri no:10240642) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) <0,05 olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların cinsiyet, yaş, unvan, çalıştığı ASM Grubu, çalıştığı birime kayıtlı kişi sayısı, hekim olarak toplam hizmet süresi, aile hekimi olarak toplam hizmet süresi, günlük ortalama çalışma süresi, günlük bakılan ortalama hasta sayısı, mobil hizmet verme durumları, ev ziyaretleri yapma durumları, Kanıta dayalı tıp uygulamalarını (KDT) günlük aile hekimliği pratiğinde kullanma durumları, literatür tarama sıklıkları, aile hekimliği uygulamalarında bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık (BZBH) ile karşılaşp karşılaşmadıkları, önlem alıp almadıkları hangi önlemleri aldıkları, bildirimde bulunup bulunmadıkları, neden bulunmadıkları, ASM'nin yaşadıkları mahalle sınırları içerisinde bulunma durumu, Karbon ayak izi konsepti, Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik, Kanıta dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, Bildirimi zorunlu hastalıklar, Akılcı ilaç kullanımı, aşı kampanyaları ile ilgili bilgi sahibi olup olmadıkları ve bilgi kaynakları olarak belirlendi. Aile hekimlerinin toplum yönelimi ile ilgili bilgi ve tutum soruları ise bağımlı değişkenler olarak belirlendi.

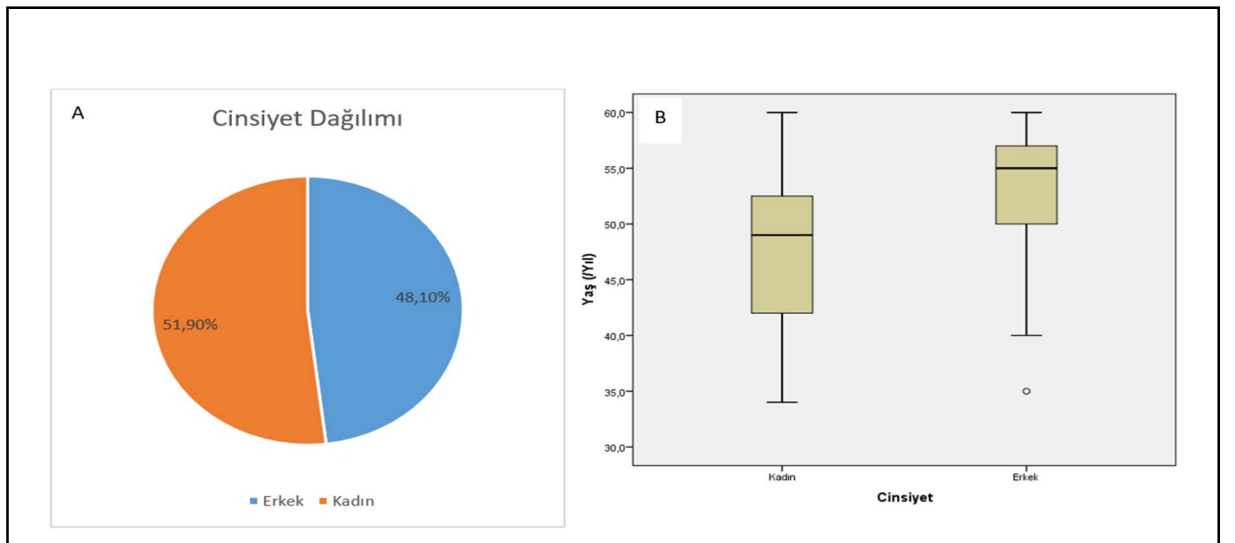
Bilgi anketi sorularının Cronbach's Alpha değeri 0.815; tutum anketi sorularının Cronbach's Alpha değeri 0.965 olarak hesaplandı.

BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Katılımcıların genel özellikleri

Çalışmaya 27'si (%51,9) kadın, 25'i (%48,1) erkek, toplam 52 doktor katıldı. Katılımcıların ortalama yaşı $49,90 \pm 7$ iken yaş ortalaması erkeklerde $52,48 \pm 6,51$ kadınlarda ise $47,51 \pm 6,61$ olarak hesaplandı. Katılımcıların cinsiyet ve yaş dağılımları Şekil 3'de sunulmuştur.



Şekil 3. Katılımcıların cinsiyet ve yaş dağılımı: A-Cinsiyetlerin dağılımı, B-Yaşların cinsiyetlere göre dağılımı

Hekimlerin uzmanlık durumu incelendiğinde 38'sinin (%73,1) pratisyen, 14'ünün (%26,9) uzman aile hekimi olduğu saptandı. Uzman hekimlerin yaş ortalaması $44,06 \pm 8,2$; pratisyenlerin $51,8 \pm 5,4$ idi. Aile hekimleri ortalama $24,5 \pm 7,6$ (min:8, max:35, medyan:25,5) yıldır hekimlik; $13,2 \pm 4,9$ (min:4, max:19, medyan:16) yıldır aile hekimliği yapmaktaydı. Hekimlerin 26'sının toplam hekimlik süresi 25 yıldan fazla olduğu saptandı.

Çalıştıkları ASM sınıfı incelendiğinde 39'unun (%75,0) A sınıfı, 7'sinin (%13,5) B sınıfı, 6'sının ise (%11,5) D sınıfı olduğu saptandı. C sınıfı ASM'de çalışan hekim yoktu. Ayrıca hekimlerin 11'inin (%21,2) mobil nüfusu olduğu saptandı. Üzerilerine kayıtlı, immobil veya ASM'ye gelemeyecek kadar yaşlı olan hastalarına ev ziyaretleri yaptığını belirten aile hekimi sayısı 12 ve aylık ev ziyareti sayısı ortalama $7,3 \pm 7,9$ (min:1 max:30 medyan:5) olarak saptandı.

Çalışmaya katılan aile hekimlerine kayıtlı birey sayılarının ortalaması $3270,02 \pm 441,2$ (min:2100, max:4000, medyan:3348,5) idi. Bir gün boyunca polikliniğe başvuran, toplam (kayıtlı veya kayıtsız) birey sayısı $77,3 \pm 20,8$ (min:40, max:170, medyan:75); yine bir günlük ortalama çalışma saati $8,13 \pm 0,2$ (min:8 max:9 medyan:8,0) saptandı.

Kanıtı dayalı tıp uygulamalarını (KDT) günlük aile hekimliği pratiğinde kullanan aile hekimi oranı % 69,2 (n:36) idi. KDT kullanan hekimlerin % 61,1'inin (n:22) sadece ihtiyaç duyduklarında kullandıkları, %13,9'unun (n:5) haftada iki ya da daha fazla sıklıkta literatür taraması yaptığı belirlendi.

Katılımcıların %50'sinin (n:26) çalıştıkları ASM, yaşadıkları mahalle sınırları içindeydi. Katılımcıların %69,2'si (n:36) Karbon Ayak İzi Konsepti'ni daha önce duyduğunu belirtti. Katılımcıların yaş, çalıştıkları yer, hekimlik ve çalıştıkları ASM ile ilgili durumları gibi özelliklerinin dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcıların çeşitli sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss/n-%
Yaş		34.0 - 60.0	52.0	49.9 ± 7.0
Cinsiyet	Kadın			27 51.9%
	Erkek			25 48.1%
Ünvan	Pratisyen Aile Hekimi			38 73.1%
	Uzman Aile Hekimi			14 26.9%
ASM Grubu	A			39 75.0%
	B			7 13.5%
	C			- -
	D			6 11.5%
		Min-Mak	Medyan	Ort.±ss/n-%
Çalıştığı Birime Kayıtlı Kişi Sayısı		2100.0 - 4000.0	3348.5	3270.2 ± 441.2
Hekim Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		8.0 - 35.0	25.5	24.5 ± 7.6
Toplam Hekimlik Süresi	≤ 25 Yıl			26 50.0%
	> 25 Yıl			26 50.0%
Aile Hekimi Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		4.0 - 19.0	16.0	13.2 ± 4.9
Günlük Ortalama Çalışma Süresi (Saat)		8.0 - 9.0	8.0	8.1 ± 0.2
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı		40.0 - 170.0	75.0	77.3 ± 20.8
Mobil Hizmet Verilen Nüfus	Var			11 21.2%
	Yok			41 78.8%
Ev Ziyareti ile Takip	Var			12 23.1%
	Yok			40 76.9%
Aylık Ev Ziyareti Sayısı		1.0 - 30.0	5.0	7.3 ± 7.9
KDT Uygulamalarını Kullanma	Evet			36 69.2%
	Hayır			16 30.8%
Literatür Taraması Yapma Sıklığı	Haftada İki veya Daha Fazla			5 13.9%
	Haftada Birden Az			5 13.9%
	Ayda Birden Az			4 11.1%
	İhtiyacım Olduğunda			22 61.1%
ASM Yaşanılan Mahalle Sınırları İçinde Mi?	Evet			26 50.0%
	Hayır			26 50.0%
"Karbon Ayak İzi" Konseptini Duyma	Evet			36 69.2%
	Hayır			16 30.8%

Katılımcıların %55'i (n:29) aile hekimliği uygulamalarında bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık (BZBH) ile karşılaştığını ve bu katılımcılardan %82,8'inin (n:24) BZBH için gerekli önlemleri almış olduğu bulundu.

Katılımcılar "BZBH için hangi önlemleri aldınız?" sorusuna %50,0'lik oranla (n:12) "Korucu ekipman" olarak cevap vermiş olup, bu en sık alınan önlem olarak saptandı. Bunu

%41,7'lik (n:10) oranla “Hijyen” ve %12,5'lik (n:3) oranla “Filyasyon” önlemlerinin takip ettiği belirlendi. Önlem aldığını belirten 8 hekim (%33,3) ise soruyu yanıtsız bıraktı.

Katılımcılar “Bugüne kadar en sık karşılaştığınız BZBH nedir? ” sorusuna verilen en sık yanıt %27.6'lık (n:8) oranla “Covid-19 / İnfluenza” ve %27.6'lık (n:8) oranla “Döküntülü Hastalık” ile cevap vermiş olup, bunları %24,1 (n:7) oranla BZBH grubuna dahil olmayan “Scabies” cevabının takip ettiği saptandı.

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkla karşılaşan katılımcıların %65.56'sı (n:19) bildirimde bulunduğunu, %34,5'i ise (n:10) bildirimde bulunmadığını belirtti. Bildirimde bulunmama nedeni olarak 3 hekim (%30,0) şüphelendiği BZBH'yi “başka tanı kodu ile girdiklerini”, 2 hekim ise (%20,0) uzun prosedür sebebiyle bildirimde bulunmadığını belirtti. 5 hekim ise herhangi bir neden belirtmedi. Katılımcıların “Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar” ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusundaki sorulara verilen yanıtların dağılımı

		n	%
Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık ile Karşılaşma	Evet	29	55.8%
	Hayır	23	44.2%
Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık İçin Önlem Alma	Evet	24	82.8%
	Hayır	5	17.2%
Alınan önlemler	Koruyucu ekipman	12	50.0%
	Hijyen	10	41.7%
	Filyasyon	3	12.5%
	Diğer	4	16.7%
	Bilgi Yok	8	33.3%
En Sık Karşılaşılan BZBH	Covid/İnfluenza	8	27.6%
	Döküntülü Hastalık	8	27.6%
	Scabies	7	24.1%
	Verem	2	8.3%
	Sifiliz	2	7.1%
	Diğer	2	6.9%
Karşılaşılan Her BZBH ile İlgili Bildirimde Bulunma	Evet	19	65.5%
	Hayır	10	34.5%
Bildirimde Bulunmama Nedeni	Uzun Prosedür	2	20.0%
	Başka Tanı	3	30.0%
	Cevap Yok	5	50.0%

Çalışmaya katılan hekimlere gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgilerinin kaynakları soruldu ve katılımcılardan bir ya da daha fazla seçenek işaretlemeleri istendi. Hekimlerin %34,6'sı (n:18) konu ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtti. %17,3'ü (n:9) ise konu ile bilgiyi tıp fakültesinden edindiğini belirtti. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak belirten hekim oranı %13,5 idi (n:7). Katılımcıların %42,3'ü (n:22) konu ile ilgili bilgi kaynağı olarak “Diğer” şıkkını işaretlemişti ve bu katılımcıların %86,4'ü dijital kaynakları (internet, sosyal medya gibi) bilgi kaynağı olarak belirtirken, %13,6 akademik kaynakları (seminer, kongre gibi) belirtti.

Çalışmaya katılan hekimlere kanıta dayalı tıp ile ilgili bilgilerinin kaynakları soruldu ve katılımcılardan bir ya da daha fazla seçenek işaretlemeleri istendi. Hekimlerin sadece %3,8'i (n:2) konu ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtti. Bu konu ile ilgili en sık belirtilen kaynak ise %69,2' lik oranla (n:36) tıp fakülteleriydi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak belirten hekim oranı, ve “Diğer” şıkkını seçenler gibi %28,8 idi (n:15). “Diğer” şıkkının işaretleyen katılımcıların %53,3'ü (n:8) akademik kaynakları, %33,3'ü (n:5) dijital kaynakları bilgi kaynağı olarak gösterdi. Ayrıca 3 hekim (%20,0) meslek içi eğitimleri bilgi kaynağı olarak belirtti.

Çalışmaya katılan hekimlere acil durum ve afet yönetimi ile ilgili bilgilerinin kaynakları soruldu ve katılımcılardan bir ya da daha fazla seçenek işaretlemeleri istendi. Hekimlerin %15,4'ü (n:8) konu ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtti. Bu konu ile ilgili en sık belirtilen kaynak ise %51,9'luk oranla (n:27) tıp fakülteleriydi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak belirten hekim oranı %19,2 idi (n:10). “Diğer” şıkkını işaretleyen 10 katılımcı vardı ve bu katılımcıların çoğunluğu (n:17, %85,0) meslek içi eğitimleri bilgi kaynağı olarak belirtti. 3 katılımcı (%15,0) akademik kaynakları, 1 katılımcı ise (%5,0) dijital kaynakları bilgi kaynağı olarak belirtti.

Çalışmaya katılan hekimlere BZBH ile ilgili bilgilerinin kaynakları soruldu ve katılımcılardan bir ya da daha fazla seçenek işaretlemeleri istendi. Hekimlerin %3,8'i (n:2) konu ile ilgili bilgisi olmadığını belirtti. Bu konu ile ilgili en sık belirtilen kaynak ise %84,6'lık oranla (n:44) tıp fakülteleriydi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak belirten hekim oranı ise %19,2 (n:10) idi. “Diğer” şıkkını işaretleyen 18 (%34,6) katılımcı vardı ve bu katılımcıların çoğunluğu (n:16, %88,9) meslek içi eğitimleri bilgi kaynağı olarak belirtti. 3 katılımcı ise (%16,7) akademik kaynakları bilgi kaynağı olarak gösterdi.

Çalışmaya katılan hekimlere akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerinin kaynakları soruldu ve katılımcılardan bir ya da daha fazla seçenek işaretlemeleri istendi. Hekimlerin sadece %5,8'i (n:3) konu ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtti. Bu konu ile ilgili en sık belirtilen kaynak ise %65,4'lik oranla (n:34) tıp fakülteleriydi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak belirten hekim oranı ise %23,1 (n:12) idi. “Diğer” şikkını işaretleyen 24 (%46,2) katılımcı vardı ve bu katılımcıların çoğunluğu (n:23, % 92,0) meslek içi eğitimleri bilgi kaynağı olarak belirtti. 2 katılımcı ise (%8,0) akademik kaynakları bilgi kaynağı olarak gösterdi.

Çalışmaya katılan hekimlere aşı kampanyaları ilgili bilgilerinin kaynakları soruldu ve katılımcılardan bir ya da daha fazla seçenek işaretlemeleri istendi. Hekimlerin sadece %3,8'i (n:2) konu ile ilgili bilgilerinin olmadığını belirtti. Bu konu ile ilgili en sık belirtilen kaynak ise %69,2'lik oranla (n:36) tıp fakülteleriydi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak belirten hekim oranı ise %25,0 (n:13) idi. “Diğer” şikkını işaretleyen 24 (%46,2) katılımcı vardı ve bu katılımcıların çoğunluğu (n:20, % 83,3) meslek içi eğitimleri bilgi kaynağı olarak belirtti. 4 katılımcı ise (%16,7) akademik kaynakları bilgi kaynağı olarak gösterdi.

Katılımcıların çeşitli bilgileri nereden öğrendiklerine dair sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 6’te sunulmuştur.

Tablo 6. Bilgi kaynaklarına yönelik sorulara verilen yanıtların dağılımı

	n	%
Gezegen Sağlığı ve Çevresel Sürdürülebilirlik ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?		
Bilgi Sahibi Değilim	18	34.6%
Tıp Fakültesi	9	17.3%
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	7	13.5%
Diğer	22	42.3%
Dijital Kaynaklar	19	86.4%
Akademik Kaynaklar	3	13.6%

Tablo 6 (Devam). Bilgi kaynaklarına yönelik sorulara verilen yanıtların dağılımı

	n	%
KDT ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?		
Bilgi Sahibi Değilim	2	3.8%
Tıp Fakültesi	36	69.2%
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	15	28.8%
Diğer	15	28.8%
Akademik Kaynaklar	8	53.3%
Dijital Kaynaklar	5	33.3%
Meslek İçi Eğitim	3	20.0%
Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?		
Bilgi Sahibi Değilim	8	15.4%
Tıp Fakültesi	27	51.9%
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	10	19.2%
Diğer	20	38.5%
Meslek İçi Eğitim	17	85.0%
Akademik Kaynaklar	3	15.0%
Dijital Kaynaklar	1	5.0%
BZBH ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?		
Bilgi Sahibi Değilim	2	3.8%
Tıp Fakültesi	44	84.6%
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	10	19.2%
Diğer	18	34.6%
Meslek İçi Eğitim	16	88.9%
Akademik Kaynaklar	3	16.7%
Akılci İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?		
Bilgi Sahibi Değilim	3	5.8%
Tıp Fakültesi	34	65.4%
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	12	23.1%
Diğer	24	46.2%
Meslek İçi Eğitim	23	92.0%
Akademik Kaynaklar	2	8.0%
Aşı Kampanyaları ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?		
Bilgi Sahibi Değilim	2	3.8%
Tıp Fakültesi	36	69.2%
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	13	25.0%
Diğer	24	46.2%
Meslek İçi Eğitim	20	83.3%
Akademik Kaynaklar	4	16.7%

Çoklu yanıtı olan bir soru olduğu için toplamlar %100'ü geçer.

Aile hekimlerinin toplum yönelimli olma bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla 25 soru yöneltildi. Sorulara doğru yanıt verenlere “1 puan”, yanlış yanıt verenler ve “fikrim yok” seçeneğini işaretleyenlere “0 puan” verildi. Sonra puanlar toplandı. Puanlama sonucu en az 0 puan alınabilirken, en fazla 25 puan alınabilmekteydi. Katılımcıların toplam 25 soruda verdikleri doğru yanıt sayısı incelendiğinde medyan 17 (1,0-23,0) , katılımcıların elde ettiği ortalama doğru cevap sayısı $16.30 \pm 4,40$ olarak bulundu (Tablo 7).

Bilgi anketi soruların Cronbach’s Alpha değeri 0.815 olup, buna göre anket sorularının güvenilir ve geçerli olduğu söylenebilir.

Katılımcıların bilgi anketinde en yüksek oranda doğru cevapladığı konu başlığı %86,1 lik oranla AİK olurken, en düşük oranda doğru cevapladığı konu başlığının %38 lik bir oranla BZBH olduğu görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Toplum yönelimli olma bilgi anketi puanları

	Min-Mak	Ort.±ss	Ortalama Doğru Cevap yüzdesi (%)
Kanıtı Dayalı Tıp Puanı	0 - 3	1,58 ± 0,91	52,6
Acil Durum ve Afet Yönetimi Puanı	0 - 4	3,15 ± 1,11	78,8
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Puanı	0 - 4	1,52 ± 1,06	38,0
Akılcı İlaç Kullanımı Puanı	0 - 4	3,44 ± 1,02	86,1
Aşı Kampanyaları Puanı	0 - 5	3,33 ± 1,1	66,5
İlkeler Puanı	1 - 5	3,29 ± 1,15	65,8
Toplam Puanı	1 - 23	16,3 ± 4,4	65,2

Toplam 25 soru içerisinde en çok doğru yanıtlanan sorular %90,4 doğru yanıtlanma oranı ile “Aile hekimi acil durum ve afetlerde rutin birinci basamak sağlık hizmetleri vermeye mümkün olduğu oranda devam etmelidir” ve “Antibiyotik direnci; bir mikroorganizma türünün bazı suşlarının kullanılan antibiyotikten etkilenmemesi ya da antibiyotiğe karşı duyarlı bir suşun çeşitli mekanizmalarla dirençli hale gelmesi olarak tanımlanır” olarak izlenmiştir. En çok yanlış

yanıtlanan sorular % 50,0 yanlış yanıtlanma oranı ile “ Grubu BZBH’ın ASM bildirimi ‘Form 016 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi’ ne işler, sürveyans çalışmasını yapar, ayın ilk haftasında Form 017/A Grup D hastalık bildirim formu ile HSM ye gönderir” sorusu ile “Canlı aşılarda zaman içinde antikor düzeyleri düştüğü için rapel (pekiştirme) dozu gerekir” sorusu olmuştur. En çok “bilgim yok” olarak cevaplanan sorular ise %40,4 cevaplanma oranı ile “Yeni bildirimi zorunlu hastalıklar listesi 51 Hastalık ve A, B, C, D, E olmak üzere 5 ana grupta toplanmıştır” , “D Grubu BZBH ın ASM bildirimi Form 016 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi’ne işler, sürveyans çalışmasını yapar, ayın ilk haftasında Form 017/A Grup D hastalık bildirim formu ile HSM’ye gönderir” ve “Kohort çalışmaları kanıta dayalı tıp uygulamalarında; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Sınıflamasına göre kanıt düzeyi en yüksek araştırmalardır” sorusu olmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların “Toplum Yönelimli Olma” kapsamındaki bilgi sorularına verdikleri cevapların yüzdelik dağılımı Tablo 8’da sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların bilgi sorularına verdiği yanıtların yüzdelik dağılımı

	Doğru		Yanlış		Bilgim Yok	
	n	%	n	%	N	%
Kanıta Dayalı Tıp						
1. Meta analiz; aynı konudaki çalışmaların sonuçlarının sentezleyerek, tek bir doğru bilgi elde etmek için yapılan istatistiksel analiz yöntemidir.	42	%80.8	2	%3.8	8	%15.4
2. Kohort çalışmaları kanıta dayalı tıp uygulamalarında; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) Sınıflamasına göre kanıt düzeyi en yüksek araştırmalardır.	18	34.6%	13	%25.0	21	%40.4
3. Kanıta dayalı tıp uygulamalarında birinci basamak: problemle ilgili soru oluşturmaktır.	27	51.9%	10	%19.2	15	%28.8
Acil Durum ve Afet Yönetimi						
4. Salgın hastalıklar afet tıbbi kapsamına girmez.	2	3.8%	42	%80.8	8	%15.4
5. Afet tıbbi uygulamaları, afetzedelerin hastaneden taburcu olmasıyla son bulur.	4	7.7%	43	%82.7	5	%9.6
6. Aile hekimi afet öncesinde halk eğitimi, afet Planı, tıbbi lojistik hazırlığı yapar.	32	61.5%	6	%11.5	14	%26.9
7. Aile hekimi acil durum ve afetlerde rutin birinci basamak sağlık hizmetleri vermeye mümkün olduğu oranda devam etmelidir.	47	%90.4	2	%3.8	3	%5.8

Tablo 8 (Devam). Katılımcıların bilgi sorularına verdiği yanıtların yüzdelik dağılımı

	Doğru		Yanlış		Bilgi Yok	
	n	%	n	%	n	%
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar						
8. Yeni ‘Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi’51 hastalık ve A, B, C, D, E olmak üzere 5 ana grupta toplanmıştır.	23	%44.2	8	%15.4	21	%40.4
9. B Grubu Hastalıklarının bildirimi, ülkemizdeki hangi sağlık kuruluşu tarafından tespit edilmiş olursa olsun, bütün sağlık kuruluşlarınca tespit edildiği anda ihbarı zorunlu olan hastalıklardır.	32	%61.5	3	%5.8	17	%32.7
10. D Grubu BZBH ın ASM bildirimi’ Form 016 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi’ ne işler, sürveyans çalışmasını yapar, ayın ilk haftasında Form 017/A Grup D hastalık bildirim formu’ İle HSM ye gönderir.	26	%50.0	5	%9.6	21	%40.4
11. A Grubu Hastalıklarından akut kanlı ishal salgın durumunda kişilerde görüldüğünde ivedi ihbarı söz konusudur.	34	%65.4	4	%7.7	14	%26.9
Aküle İlaç Kullanımı						
12. Akut Tonsillofarenjit Tanısında Viral-Bakteriyel Kaynaklı Enfeksiyon Ayırımının Yapılması Gereksiz Antibiyotik Kullanımının Önüne Geçmek İçin Gereklidir	46	%88.5	3	%5.8	3	%5.8
13. Antibiyotik direnci sadece antibiyotiği uygun olmayan biçimde kullanan kişide tehlike oluşturmaktadır.	6	%11.5	43	%82.7	3	%5.8
14. Antibiyotik direnci; bir mikroorganizma türünün bazı suşlarının kullanılan antibiyotikten etkilenmemesi ya da antibiyotiğe karşı duyarlı bir suşun çeşitli mekanizmalarla dirençli hale gelmesi olarak tanımlanır.	47	%90.4	2	%3.8	3	%5.8
15. Rinit hastalığının tedavisinde antibiyotik kullanımı sekonder enfeksiyonların başlamasını önlemek amacıyla başlanabilir.	5	9.6%	43	82.7%	4	%7.7
Aşı Kampanyaları						
16. Aşı etkinliği, aşının, söz konusu hastalığı önleme yani hastalıktan koruma olasılığını ifade eder.	43	%82.7	5	%9.6	4	7.7%
17. Canlı aşılar da zaman içinde antikor düzeyleri düştüğü için rapel (pekiştirme) dozu Gerekir.	26	50.0%	17	32.7%	9	17.3%
18. Sıtma açısından endemik bölgeye seyahat edecek hastalara seyahat öncesinde kemoproflaksi önerilir.	39	%75.0	4	%7.7	9	17.3%
19. Yaşlılık döneminde özellikle yapılması önerilen üç aşı Pnömonok, İnfluenza ve Herpes zoster Aşılarıdır.	29	%55.8	18	%34.6	5	9.6%
20. İnfluenza aşısının beş yılda bir tek doz uygulanması önerilmektedir.	3	5.8%	45	86.5%	4	7.7%
İlkeler						
21. Aile hekimliği polikliniğinin yerini eko-sorumluluk ile seçmek (düşük enerji tüketimi ve hatta -nötr tesisler (Binalar/Fasiliteler).	42	%80.8	10	%19.2	-	
22. Profesyonel tıbbi pratikte en az kirletici tarzı (Mod’u) seçmek.	41	%78.8	11	%21.2	-	
23. Eldeki kaynakları kullanarak, bireylerin sağlık ihtiyaçları ile, içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını uzlaştırmak.	40	%76.9	12	%23.1	-	
24. Bireydeki akut ve kronik problemleri, multipl şikayetler ve patolojileri bir bütün içinde yönetmek.	41	78.8%	11	21.2%	-	
25. Gezegen Sağlığının İhtiyaçlarına Göre Yaşayabilecek Şekilde Hastaların ve Toplumun Sağlık İhtiyaçlarını Birleştirmek	37	%71.2	15	%28.8	-	

Kalın yazılan değerler doğru cevapları ve yüzdeleri göstermektedir.

HSM: Halk Sağlığı Merkezi

Katılımcıların “Toplum Yönelimli Olma” tutum önermelerine verilen yanıtların dağılımı Tablo 9’de sunulmuştur. Sorulan 22 tutum önermesinin 21’i olumlu tutum soruları iken 1 (14. önerme) önerme olumsuz tutum önermesidir.

Katılımcılar tutum anketinde yer alan her olumlu tutum sorusunda “Kesinlikle Katılıyorum” cevabı için 5 puan; “Katılıyorum” cevabı için 4 puan; “Kararsızım” için 3 puan; “Katılıyorum” cevabı için 2 puan; “Kesinlikle Katılmıyorum” cevabı için 1 puan ile değerlendirildi. Olumsuz tutum önermesinde ise ters puanlama yapıldı. Her bir katılımcının toplam puanı hesaplandı. Katılımcıların toplam 22 soruda elde ettikleri puan medyan 97.5 (26-110) , katılımcıların elde ettiği ortalama puan $92,6 \pm 18,4$ olarak bulundu (Tablo 9).

Tutum anketi sorularının Cronbach’s Alpha değeri 0.965 olup, buna göre anket sorularının güvenilir ve geçerli olduğu söylenebilir (Tablo 9).

Tablo 9 . Katılımcıların toplum yönelimi tutum anket puanları

	Toplam Soru Sayısı	Cronbach’s Alpha	Min-Mak	Medyan	Ort.±ss/n-%
Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi puan	22	0.965	26.0 - 110	97.5	92.6 ± 18.4

Buna göre olumlu tutum önermelerine en yüksek oranda “kesinlikle katılıyorum” olarak cevaplanan önerme %71,2 oranla “ Hastaların sağlık durumunu değerlendirirken, toplumun epidemiyolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.” önermesi olmuştur. Olumlu tutum önermelerine en yüksek oranda “kesinlikle katılmıyorum” olarak cevaplanan önerme %9,6 oranla “ Akut Tonsillofarenjit hastalığının etiyolojisini araştırmak için Centore Score puanlama sisteminden faydalanılabilir.” önermesi olmuştur. Olumsuz tutum önermesine verilen cevaplar değerlendirildiğinde ise katılımcıların %76,9’u kesinlikle katılmadığını ifade ederken %3,8’i kesinlikle katıldığını ifade etmiştir (Tablo 10).

Katılımcıların “Toplum Yönelimli Olma” kapsamındaki tutum sorularına verdikleri cevapların yüzdelik dağılımı Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10. “Toplum yönelimli olma” tutum önermelerine verilen yanıtların dağılımı

		Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Hastaların sağlık durumunu değerlendirirken, toplumun epidemiyolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.	n	37	9	2	2	2
	%	71.2	17.3	3.8	3.8	3.8
2. Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri kılavuzlarının önerilerini kendi uygulamalarında kullanmalıdırlar.	n	36	9	3	1	3
	%	69.2	17.3	5.8	1.9	5.8
3.Hekimler hastalar ile ilgili klinik kararlar verirken klinik deneyimleri, bilimsel kanıtların yanı sıra hastaların değer yargıları ve tercihlerini de göz önünde bulundurmalıdır.	n	31	8	6	3	4
	%	59.6	15.4	11.5	5.8	7.7
4.Aile hekimleri üzerilerine kayıtlı bireyler kendilerine başvurmasalar bile, onlara ulaşip takiplerini (tansiyon ölçümü, rutin muayeneler,aşılar vs.) yapmalıdır	n	19	12	14	3	4
	%	36.5	23.1	26.9	5.8	7.7
5.Aile hekimleri üzerilerine yeni kayıt olan bireylerin tıbbi kayıtlarını incelemelidir.	n	30	16	4	0	2
	%	57.7	30.8	7.7	0.0	3.8
6. Ne sebeple başvurmuş olursa olsun bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere tüm bireylerin aşılanma durumu kontrol edilmelidir.	n	34	13	3	0	2
	%	65.4	25.0	5.8	0.0%	3.8
7.Aile hekimleri bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, Kişisel tedbirlerinin alınmasını sağlar.	n	32	13	4	1	2
	%	61.5	25.0	7.7	1.9	3.8
8. Aile hekimleri aile hekimliği uygulamalarında hastaların ve içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını, gezegen sağlığı ihtiyaçları ile birleştirmeyi hedeflemelidirler.	n	26	13	10	1	2
	%	50.0	25.0	19.2	1.9	3.8
9. Aile hekimleri sağlık uygulamalarında hastaların sağlık ihtiyaçlarını ve yaşadığı toplumun sağlık ihtiyaçlarını mevcut kaynaklarla (tetkiklerin kullanımı, hastaneye başvurular,tedavi, sevk, hastalara ayrılan zaman gibi) dengede tutmayı esas almalıdır.	n	26	17	5	2	2
	%	50.0	32.7	9.6	3.8	3.8
10. Yapımında kullanılan itici gazlardan dolayı ölçülü doz inhaler ilaçlar çevreye zarar verirler. Bu sebeple kuru toz inhaler kullanabilen hastalarda ölçülü doz inhaler yerine bunlar tercih edilmelidir.	n	13	14	20	1	4
	%	25.0	26.9	38.5	1.9	7.7
11.Aile hekimleri ölçülü doz inhaler reçete edilen hastalara kullanımı uygulamalı olarak anlatmalıdırlar.	n	22	20	5	3	2
	%	42.3	38.5	9.6	5.8	3.8
12. Toplum bilincini arttırmak için hastalara aşı kampanyaları konusunda eğitim vermek, aşı karşıtlığı ile mücadele etmek için etkin bir yoldur.	n	30	13	7	0	2
	%	57.7	25.0	13.5	0.0	3.8
13. Hastalara antimikrobiyal direnç (AMR) konusunda eğitim verilmesi hastaların antibiyotik reçetelenmesindeki ısrarının azalmasına katkı sağlar.	n	28	12	5	2	5
	%	53.8	23.1	9.6	3.8	9.6
*14. Hastalar antibiyotik konusunda ısrar edince viral enfeksiyonlarda da antibiyotik yazılabilir.	n	2	1	5	4	40
	%	3.8	1.9	9.6	7.7	76.9
15. Hastayı verilen antibiyotik tedavisi hakkında (neden verildiği, kullanması gereken süre, kullanma şekli, oluşabilecek yan etkiler, hangi durumlarda tekrar başvurması gerektiği) ayrıntılı şekilde bilgilendirmek önemlidir.	n	31	15	2	1	3
	%	59.6	28.8	3.8	1.9	5.8

Tablo 10 (Devam). “Toplum yönelimli olma” tutum önermelerine verilen yanıtların dağılımı

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
16. Akut Tonsillofarenjit Hastalığının Etiyolojisini Araştırmak İçin Centore Score Puanlama Sisteminden Faydalanılabilir.	n %	23 44.2%	8 15.4%	15 28.8%	1 1.9%	5 9.6%
17. Toplumun epidemiyolojik ihtiyaçlarını ele almak için yerel organizasyonlar veya toplum sağlığı birimleri ile işbirliği yapılmalıdır.	n %	27 51.9	16 30.8	6 11.5	0 0.0	3 5.8
18. Yerel sağlık birimleri ile yapıcı bir etkileşimi toplum sağlığı açısından önemlidir.	n %	32 61.5	11 21.2	6 11.5	1 1.9	2 3.8
19. ASM de elektronik cihazları kullanılmadığı zaman kapalı tutmak ve fişini prizden çekmek gibi önlemler enerji tüketimini azaltarak çevresel sürdürülebilirliğe katkıda bulunulabilir.	n %	32 61.5%	9 17.3%	7 13.5%	0 0.0%	4 7.7%
20. Enerji tüketimini azaltmak için ASM de LED lambaları kullanmaya özen gösterilmelidir.	n %	25 48.1	16 30.8	6 11.5	1 1.9	4 7.7
21. Su tüketimini azaltmak için ASM de su tasarruflu armatürler kullanmaya önem verilmelidir.	n %	29 55.8	13 25.0	7 13.5	0 0.0	3 5.8
22. ASM de geri dönüşüm kutularının olması önemlidir.	n %	32 61.5	11 21.2	3 5.8	2 3.8	4 7.7

*14. Soru olumsuz tutum

KARŞILAŞTIRMALI ANALİZLER

Cinsiyet İle Diğer Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Erkeklerde yaş, hekim olarak toplam hizmet süresi, mobil hizmet verilen nüfus oranı ve pratisyen aile hekimi olanların oranı kadınlardan istatistiksel anlamlı ($p < 0.05$) olarak daha yüksek saptandı (Tablo 11).

Kadın ve erkekler arasında ASM grubu, çalıştığı birime kayıtlı kişi sayısı, aile hekimi olarak toplam hizmet süresi, günlük ortalama çalışma süresi, günlük ortalama bakılan hasta sayısı ve ev ziyareti ile takip oranı, aylık ev ziyareti sayısı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık saptanmadı (Tablo 11).

Tablo 11. Cinsiyet ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Kadın (n:27)		Erkek (n:25)		P
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş		47.5 ± 6.6	49.0	52.5 ± 6.5	55.0	0.003
Unvan	Pratisyen Aile Hekimi	15	%55.6	23	%92.0	0.003
	Uzman Aile Hekimi	12	%44.4	2	%8.0	
ASM Grubu	A	21	%77.8	18	%72.0	0.631
	B	3	%11.1	4	%16.0	0.606
	D	3	%11.1	3	%12.0	0.920
Çalıştığı Birime Kayıtlı Kişi Sayısı		3300.2 ± 374.9	3400.0	3237.7 ± 509.1	3250.0	0.614
Hekim Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		22.0 ± 6.8	22.0	27.3 ± 7.6	31.0	0.004
Aile Hekimi Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		12.7 ± 5.2	14.0	13.7 ± 4.7	17.0	0.677
Günlük Ortalama Çalışma Süresi (Saat)		8.1 ± 0.2	8.0	8.1 ± 0.3	8.0	0.905
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı		79.1 ± 24.2	70.0	75.2 ± 16.7	75.0	0.847
Mobil Hizmet Verilen Nüfus	Var	2	%7.4	9	%36.0	0.012
	Yok	25	%92.6	16	%64.0	
Ev Ziyareti ile Takip	Var	6	%22.2	6	%24.0	0.879
	Yok	21	%77.8	19	%76.0	
Aylık Ev Ziyareti Sayısı		4.7 ± 2.9	4.5	9.8 ± 10.6	8.0	0.416

Bağımsız örneklem t test

Mann-whitney u test

Ki-kare test

Kadın ve erkekler arasında KDT uygulamalarını kullanma oranı, literatür taraması yapma sıklığı, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile karşılaşma, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık için önlem alma oranı, en sık karşılaşılan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık dağılımı, karşılaşılan her bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile ilgili bildirimde bulunma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 12).

Kadın ve erkekler arasında ASM nin yaşanılan mahalle sınırları içinde olma ve “Karbon Ayak İzi” konseptini duyma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Cinsiyet ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Kadın (n:27)		Erkek (n:25)		P
		n	%	n	%	
KDT Uygulamalarını Kullanma	Evet	16	%59.3	20	%80.0	0.105
	Hayır	11	%40.7	5	%20.0	
Literatür Taraması Yapma Sıklığı	Haftada iki veya daha fazla	3	%18.8	2	%10.0	0.400
	Haftada birden az	2	%12.5	3	%15.0	
	Ayda birden az	0	%0.0	4	%20.0	
	İhtiyacım olduğunda	11	%68.8	11	%55.0	
Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık ile Karşılaşma	Evet	14	%51.9	15	%60.0	0.554
	Hayır	13	%48.1	10	%40.0	
Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık için önlem alma	Evet	12	%85.7	12	%80.0	0.684
	Hayır	2	%14.3	3	%20.0	
En sık karşılaşılan BZBH	Covid/İnfluenza	4	%28.6	4	%26.7	0.909
	Döküntülü hastalık	5	%35.7	3	%20.0	0.742
	Scabies	3	%21.4	4	%26.7	0.478
	Verem	2	%16.7	0	%0.0	0.481
	Sifiliz	0	%0.0	2	%14.3	0.344
	Diğer	0	%0.0	2	%13.3	0.483
Karşılaşılan her BZBH ile ilgili bildirimde bulunma	Evet	11	%78.6	8	%53.3	0.153
	Hayır	3	%21.4	7	%46.7	
ASM yaşanan mahalle sınırları içinde mi?	Evet	14	%51.9	12	%48.0	0.781
	Hayır	13	%48.1	13	%52.0	
"Karbon Ayak İzi" konseptini duyma	Evet	17	%63.0	19	%76.0	0.309
	Hayır	10	%37.0	6	%24.0	

Ki-kare test (Fischer test)

Kadın ve erkekler arasında gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik, acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık, akılcı ilaç kullanımı ve aşı kampanyaları ile ilgili bilgi sahibi olmayanların oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 13).

Kadın ve erkekler arasında gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgileri alma yeri anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 13).

Kadın ve erkekler arasında KDT, acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık, aşı kampanyaları ile ilgili bilgileri tıp fakültesi, diğer kaynaklardan alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 13).

Kadın ve erkekler arasında akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri alma yeri anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 13). Erkeklerde KDT, acil durum ve afet yönetimi,

bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık ve aşı kampanyaları ile ilgili bilgileri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alanların oranı kadınlardan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 13).

Tablo 13: Cinsiyet ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Kadın (n:27)		Erkek (n:25)		P
		n	%	n	%	
Gezegen Sağlığı ve Çevresel Sürdürülebilirlik ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	8	%29.6	10	%40.0	0.432 χ^2
	Tıp Fakültesi	5	%18.5	4	%16.0	0.810 χ^2
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	6	%22.2	1	%4.0	0.054 χ^2
	Diğer	11	%40.7	11	%44.0	0.812 χ^2
KDT ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	2	%7.4	0	%0.0	0.491 χ^2
	Tıp Fakültesi	16	%59.3	20	%80.0	0.105 χ^2
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	12	%44.4	3	%12.0	0.010 χ^2
	Diğer	7	%25.9	8	%32.0	0.629 χ^2
Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	2	%7.4	6	%24.0	0.098 χ^2
	Tıp Fakültesi	15	%55.6	12	%48.0	0.586 χ^2
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	9	%33.3	1	%4.0	0.007 χ^2
	Diğer	10	%37.0	10	%40.0	0.826 χ^2
BZBH ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	2	%7.4	0	%0.0	0.491 χ^2
	Tıp Fakültesi	22	%81.5	22	%88.0	0.515 χ^2
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	8	%29.6	2	%8.0	0.048 χ^2
	Diğer	8	%29.6	10	%40.0	0.432 χ^2
Akılci İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	2	%7.4	1	%4.0	1.000 χ^2
	Tıp Fakültesi	18	%66.7	16	%64.0	0.840 χ^2
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	8	%29.6	4	%16.0	0.244 χ^2
	Diğer	10	%37.0	14	%56.0	0.171 χ^2
Aşı Kampanyaları ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	2	%7.4	0	%0.0	0.491 χ^2
	Tıp Fakültesi	21	%77.8	15	%60.0	0.165 χ^2
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	11	%40.7	2	%8.0	0.006 χ^2
	Diğer	9	%33.3	15	%60.0	0.054 χ^2

Ki-kare test (Fischer test)

Katılımcıların kanıta dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu hastalıklar, aşı kampanyaları, ilkeler konuları ile ilgili doğru sayıları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). Erkeklerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili doğru cevapladığı soru sayısı, kadınlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti ($p<0.05$). Kadın ve erkekler arasında toplum yönelimi sorularından toplamda doğru cevaplanan soru sayısı açısından anlamlı ($p>0.05$) farklılık saptanmadı (Tablo 14).

Kadın ve erkekler arasında toplum yönelimli olma tutum düzeyi toplam puanı arasında anlamlı ($p>0.05$) farklılık saptanmadı (Tablo 14).

Tablo 14. Cinsiyet ile toplum yönelimli olma bilgi ve tutum düzeyi ilişkisi

	Cronbach's Alpha	Kadın (n:27)				Erkek (n:25)				p
		Ort.	±	ss	Medyan	Ort.	±	ss	Medyan	
Kanıtı Dayalı Tıp	0.551	1.44	±	0.98	2.00	1.72	±	0.98	2.00	0.390
Acil Durum ve Afet Yönetimi	0.646	3.00	±	1.42	4.00	3.32	±	0.63	3.00	0.889
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	0.506	1.52	±	1.25	1.00	1.52	±	0.80	2.00	0.780
Akılcı İlaç Kullanımı	0.710	3.11	±	1.28	4.00	3.80	±	0.41	4.00	0.019
Aşı Kampanyaları	0.283	3.34	±	1.36	4.00	3.32	±	1.33	60.0	0.407
İlkeler	0.400	3.22	±	1.22	4.00	3.36	±	1.08	4.00	0.784
Toplum Yönelimi Bilgi Anketi Toplam Puan	0.815	15.63	±	5.75	16.00	8.12	±	2.10	17.00	0.612
Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi Toplam Puan	0.965	93.4	±	15.0	97.0	91.8	±	21.8	98.0	0.805

Mann-whitney u test

Unvan İle Diğer Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında ASM grubu, çalıştığı birime kayıtlı hasta sayısı, günlük ortalama çalışma süresi, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, mobil hizmet verilen nüfus oranı, ev ziyareti ile takip oranı ve aylık ev ziyareti sayısında anlamlı ($p>0.05$) farklılık saptanmadı (Tablo 15).

Pratisyen aile hekimi olan grupta yaş, hekim, aile hekimi olarak toplam hizmet süresi ve erkeklerin oranı uzman aile hekimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Pratisyen aile hekimi olan grupta erkeklerin oranı uzman aile hekimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 15).

Tablo 15. Ünvan ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uzman Aile Hekimi (n:14)		Pratisyen Aile Hekimi (n:38)		P
		Ort.±ss/n-%	Medyan	Ort.±ss/n-%	Medyan	
Yaş		44.6 ± 8.2	43.0	51.8 ± 5.4	53.5	0.004
Cinsiyet	Kadın	12	%85.7	15	%39.5	0.003
	Erkek	2	%14.3	23	%60.5	
ASM Grubu	A	11	%78.6	28	%73.7	0.718
	B	2	%14.3	5	%13.2	1.000
	D	1	%7.1	5	%13.2	1.000
Çalıştığı Birime Kayıtlı Kişi Sayısı		3339.6 ± 360.4	3450.0	3244.6 ± 469.2	3322.5	0.290
Hekim Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		19.0 ± 8.3	18.0	26.6 ± 6.3	28.5	0.005
Aile Hekimi Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		10.3 ± 4.9	10.0	14.2 ± 4.6	17.0	0.006
Günlük Ortalama Çalışma Süresi (Saat)		8.1 ± 0.3	8.0	8.1 ± 0.2	8.0	0.304
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı		78.6 ± 15.2	72.5	76.8 ± 22.7	76.5	0.582
Mobil Hizmet Verilen Nüfus	Var	2	%14.3	9	%23.7	0.462
	Yok	12	%85.7	29	%76.3	
Ev Ziyareti ile Takip	Var	5	%35.7	7	%18.4	0.189
	Yok	9	%64.3	31	%81.6	
Aylık Ev Ziyareti Sayısı		6.2 ± 3.6	5.0	8.0 ± 10.2	5.0	0.741

Bağımsız örneklem t test

Mann-whitney u test

Ki-kare test (Fischer test)

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında KDT uygulamalarını kullanma oranı, literatür taraması yapma sıklığı, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile karşılaşma, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık için önlem alma oranı, karşılaşılan her bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile ilgili bildirimde bulunma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 16).

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında en sık karşılaşılan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık dağılımı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 16).

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında ASM'nin yaşanılan mahalle sınırları içinde olma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Pratisyen ve uzman aile

hekimi olan gruplar arasında “Karbon Ayak İzi” konseptini duyma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Ünvan ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uzman Aile Hekimi (n:14)		Pratisyen Aile Hekimi (n:38)		P
		n	%	n	%	
KDT Uygulamalarını Kullanma	Evet	11	78.6	25	65.8	0.376
	Hayır	3	21.4	13	34.2	
Literatür Taraması Yapma Sıklığı	Haftada İki veya Daha Fazla	3	27.3	2	8.0	0.201
	Haftada Birden Az	3	27.3	2	8.0	
	Ayda Birden Az	0	0.0	4	16.0	
	İhtiyacım Olduğunda	5	45.5	17	68.0	
BZBH ile Karşılaşma	Evet	5	35.7	24	63.2	0.077
	Hayır	9	64.3	14	36.8	
BZBH İçin Önlem Alma	Evet	5	100.0	19	79.2	0.553
	Hayır	0	0.0	5	20.8	
En Sık Karşılaşılan BZBH	Covid/İnfluenza	0	0.0	8	33.3	0.283
	Döküntülü Hastalık	2	40.0	6	25.0	0.075
	Scabies	3	60.0	4	16.7	1.000
	Verem	0	0.0	2	10.0	1.000
	Sifiliz	0	0.0	2	8.7	0.597
	Diğer	0	0.0	2	8.3	1.000
Karşılaşılan Her BZBH ile İlgili Bildirimde Bulunma	Evet	4	80.0	15	62.5	0.633
	Hayır	1	20.0	9	37.5	
ASM Yaşanılan Mahalle Sınırları İçinde Mi?	Evet	7	50.0	19	50.0	1.000
	Hayır	7	50.0	19	50.0	
"Karbon Ayak İzi" Konseptini Duyma	Evet	8	57.1	28	73.7	0.252
	Hayır	6	42.9	10	26.3	

Ki-kare test (Fischer test)

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik, KDT, acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, akılcı ilaç kullanımı ve aşı kampanyaları hakkında bilgi sahibi olmayanların oranı, anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 17).

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık, aşı kampanyaları ile ilgili bilgileri tıp fakültesi, diğer kaynaklardan alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 17).

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında KDT, acil durum ve afet yönetimi ile ilgili bilgileri tıp fakültesinde alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 17).

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri tıp fakültesinde alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 17).

Pratisyen aile hekimi olan grupta acil durum ve afet yönetimi, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri diğer kaynaklardan alanların oranı uzman aile hekimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 17).

Pratisyen aile hekimi olan grupta KDT ile ilgili bilgileri diğer kaynaklardan alanların oranı uzman aile hekimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 17).

Pratisyen aile hekimi olan grupta gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ve KDT ile ilgili bilgileri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alanların oranı, uzman aile hekimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 17).

Pratisyen aile hekimi olan grupta acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık, akılcı ilaç kullanım ve aşı kampanyaları ile ilgili bilgileri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alanların oranı uzman aile hekimi olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 17).

Tablo 17. Ünvan ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uzman Aile Hekimi (n:14)		Pratisyen Aile Hekimi (n:38)		P
		n	%	n	%	
Gezegen Sağlığı ve Çevresel Sürdürülebilirlik ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	2	14.3	16	42.1	0.061
	Tıp Fakültesi	4	28.6	5	13.2	0.193
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	6	42.9	1	2.6	0.001
	Diğer	5	35.7	17	44.7	0.559
KDT ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	0	0.0	2	5.3	1.000
	Tıp Fakültesi	9	64.3	27	71.1	0.639
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	12	85.7	3	7.9	0.000
	Diğer	0	0.0	15	39.5	0.005
Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	0	0.0	8	21.1	0.062
	Tıp Fakültesi	10	71.4	17	44.7	0.087
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	8	57.1	2	5.3	0.000
	Diğer	2	14.3	18	47.4	0.030

Tablo 17 (Devam). Ünvan ile diğer sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

		Uzman Aile Hekimi (n:14)		Pratisyen Aile Hekimi (n:38)		P
		n	%	n	%	
BZBH ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	0	0.0	2	5.3	1.000
	Tıp Fakültesi	10	71.4	34	89.5	0.110
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	8	57.1	2	5.3	0.000
	Diğer	3	21.4	15	39.5	0.225
Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	0	0.0	3	7.9	0.555
	Tıp Fakültesi	11	78.6	23	60.5	0.225
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	8	57.1	4	10.5	0.000
	Diğer	2	14.3	22	57.9	0.005
Aşı Kampanyaları ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	0	0.0	2	5.3	1.000
	Tıp Fakültesi	10	71.4	26	68.4	0.835
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	8	57.1	5	13.2	0.001
	Diğer	4	28.6	20	52.6	0.123

Ki-kare test (Fischer test)

Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi anketi kanıta dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu hastalıklar, akılcı ilaç kullanımı, aşı kampanyaları, ilkeler puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 18). Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi anketi toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Pratisyen ve uzman aile hekimi olan gruplar arasında toplum yönelimli olma tutum anketi toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 18).

Tablo 18: Ünvan ile toplum yönelimli olma bilgi ve tutum düzeyi ilişkisi

	Uzman Aile Hekimi (n:14)		Pratisyen Aile Hekimi (n:38)		P
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Kanıta Dayalı Tıp	1.93 ± 0.62	2.00	1.45 ± 1.06	1.00	0.107
Acil Durum ve Afet Yönetimi	3.43 ± 0.94	4.00	3.05 ± 1.16	3.00	0.205
Bildirim Zorunlu Hastalıklar	1.71 ± 0.91	2.00	1.45 ± 1.11	2.00	0.397
Akılcı İlaç Kullanımı	3.57 ± 0.65	4.00	3.39 ± 1.13	4.00	0.980
Aşı Kampanyaları	3.72 ± 0.61	4.00	3.19 ± 1.21	3.00	0.164
İlkeler	3.43 ± 0.85	3.50	3.24 ± 1.24	4.00	0.921
Toplum Yönelimi Bilgi Anketi Toplam Puan	17.78 ± 2.15	18.0	15.78 ± 4.9	17.00	0.167
Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi Puanı	98,0 ± 9,25	98,5	90,63 ± 20,54	96,0	0.369

Mann-whitney u test

Toplam Hekimlik Süresi İle Diğer Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında ASM grubu, günlük ortalama çalışma süresi, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, mobil hizmet verilen nüfus oranı, ev ziyareti ile takip oranı ve aylık ev ziyareti sayısı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 19).

Toplam hekimlik süresi >25 yıl olan grupta yaş, erkeklerin oranı, pratisyen aile hekimi olanların oranı ve birime kayıtlı kişi sayısı toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 19).

Tablo 19. Toplam hekimlik süresi ile diğer sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Toplam Hekimlik Süresi ≤ 25 (n:26)		Toplam Hekimlik Süresi >25 (n:26)		P
		Ort. $\pm$ ss/n-%	Medyan	Ort. $\pm$ ss/n-%	Medyan	
Yaş		44.5 $\pm$ 5.5	45.0	55.3 $\pm$ 2.7	55.5	0.000
Cinsiyet	Kadın	18	%69.2	9	%34.6	0.012
	Erkek	8	%30.8	17	%65.4	
Unvan	Pratisyen Aile Hekimi	14	%53.8	24	%92.3	0.002
	Uzman Aile Hekimi	12	%46.2	2	%7.7	
ASM Grubu	A	22	%84.6	17	%65.4	0.109
	B	3	%11.5	4	%15.4	0.685
	C	-	-	-	-	-
	D	1	%3.8	5	%19.2	0.083
Çalıştığı Birime Kayıtlı Kişi Sayısı		3122.7 $\pm$ 431.0	3164.5	3417.7 $\pm$ 407.5	3500.0	0.010
Aile Hekimi Olarak Toplam Hizmet Süresi (Yıl)		11.7 $\pm$ 5.2	11.0	14.7 $\pm$ 4.2	17.0	0.048
Günlük Ortalama Çalışma Süresi (Saat)		8.1 $\pm$ 0.2	8.0	8.1 $\pm$ 0.3	8.0	0.968
Günlük Ortalama Bakılan Hasta Sayısı		76.3 $\pm$ 17.5	70.0	78.2 $\pm$ 24.0	76.5	0.883
Mobil Hizmet Verilen Nüfus	Var	7	%26.9	4	%15.4	0.308
	Yok	19	%73.1	22	%84.6	
Ev Ziyareti İle Takip	Var	8	%30.8	4	%15.4	0.188
	Yok	18	%69.2	22	%84.6	
Aylık Ev Ziyareti Sayısı		7.4 $\pm$ 9.6	4.5	7.0 $\pm$ 3.8	8.0	0.388

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında KDT uygulamalarını kullanma oranı, literatür taraması yapma sıklığı, ASM nin yaşanılan mahalle sınırları içinde olma ve Karbon Ayak İzi Konsepti ni duyma anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 20).

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile karşılaşma, en sık karşılaşılan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık dağılımı, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık için önlem alma ve karşılaşılan her bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile ilgili bildirimde bulunma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 20).

Tablo 20. Toplam hekimlik süresi ile diğer sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Toplam Hekimlik Süresi				P
		≤25 Yıl (n:26)		>25 Yıl (n:26)		
		n	%	n	%	
KDT Uygulamalarını Kullanma	Evet	19	73.1	17	65.4	0.548
	Hayır	7	26.9	9	34.6	
Literatür Taraması Yapma Sıklığı	Haftada İki veya Daha Fazla	3	15.8	2	11.8	0.270
	Haftada Birden Az	4	21.1	1	5.9	
	Ayda Birden Az	2	10.5	2	11.8	
	İhtiyacım Olduğunda	10	52.6	12	70.6	
BZBH ile Karşılaşma	Evet	14	53.8	15	57.7	0.780
	Hayır	12	46.2	11	42.3	
BZBH İçin Önlem Alma	Evet	13	92.9	11	73.3	0.164
	Hayır	1	7.1	4	26.7	
En Sık Karşılaşılan BZBH	Covid/İnfluenza	2	14.3	6	40.0	0.122
	Döküntülü Hastalık	6	42.9	2	13.3	0.590
	Scabiyez	4	28.6	3	20.0	0.478
	Verem	0	0.0	2	16.7	1.000
	Sifiliz	1	7.7	1	6.7	0.075
	Diğer	1	7.1	1	6.7	1.000
Karşılaşılan Her BZBH ile İlgili Bildirimde Bulunma	Evet	9	64.3	10	66.7	0.893
	Hayır	5	35.7	5	33.3	
ASM Yaşanılan Mahalle Sınırları İçinde Mi?	Evet	10	38.5	16	61.5	0.096
	Hayır	16	61.5	10	38.5	
"Karbon Ayak İzi" Konseptini Duyma	Evet	17	65.4	19	73.1	0.548
	Hayır	9	34.6	7	26.9	

Ki-kare test (Fischer test)

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik, KDT, acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık akılcı ilaç kullanımı, aşı kampanyaları ile ilgili bilgi sahibi olmayanların oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 21).

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik, acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık ile ilgili bilgileri tıp fakültesi, diğer kaynaklardan alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 21).

Toplam hekimlik süresi >25 yıl olan grupta KDT, acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık, gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgileri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alanların oranı toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 21).

Toplam hekimlik süresi >25 yıl olan grupta KDT ile ilgili bilgileri diğer kaynaklardan alanların oranı toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 21).

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri tıp fakültesinde, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde, diğer kaynaklardan alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 21).

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında aşı kampanyaları ile ilgili bilgileri tıp fakültesi, diğer kaynaklardan alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında KDT ile ilgili bilgileri tıp fakültesinde alma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 21).

Toplam hekimlik süresi >25 yıl olan grupta aşı kampanyaları ile ilgili bilgileri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alanların oranı toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşüktü (Tablo 21).

Tablo 21. Toplam hekimlik süresi ile diğer sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		Toplam Hekimlik Süresi				P
		≤25 Yıl (n:26)		>25 Yıl (n:26)		
		n	%	n	%	
Gezegen Sağlığı ve Çevresel Sürdürülebilirlik ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	6	23.1	1	46.2	0.080
	Tıp Fakültesi	5	19.2	2	15.4	0.714
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	6	23.1	1	3.8	0.042
	Diğer	1	42.3	1	42.3	1.000
KDT ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	1	3.8	1	3.8	1.000
	Tıp Fakültesi	1	73.1	1	65.4	0.548
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	9	50.0	7	7.7	0.001
	Diğer	3	15.4	2	42.3	0.032
Acil Durum ve Afet Yönetimi ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Bilgi Sahibi Değilim	4	15.4	1	42.3	0.032
	Bilgi Sahibi Değilim	2	7.7	6	23.1	0.124
	Tıp Fakültesi	1	61.5	1	42.3	0.165
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	6	30.8	1	7.7	0.035
BZBH ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Diğer	8	30.8	2	46.2	0.254
	Bilgi Sahibi Değilim	1	3.8	1	3.8	1.000
	Tıp Fakültesi	2	84.6	2	84.6	1.000
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	2	34.6	1	3.8	0.005
Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Diğer	8	30.8	0	38.5%	0.560
	Bilgi Sahibi Değilim	1	3.8	2	7.7	1.000
	Tıp Fakültesi	1	65.4	1	65.4	1.000
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	7	30.8	4	15.4	0.188
Aşı Kampanyaları ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Diğer	1	46.2	1	46.2	1.000
	Bilgi Sahibi Değilim	1	3.8	1	3.8	1.000
	Tıp Fakültesi	1	65.4	1	73.1	0.548
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	7	42.3	2	7.7	0.004
Aşı Kampanyaları ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Diğer	1	42.3	1	50.0	0.578
	Bilgi Sahibi Değilim	1	3.8	1	3.8	1.000
	Tıp Fakültesi	1	65.4	1	73.1	0.548
	Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi	7	42.3	2	7.7	0.004
Aşı Kampanyaları ile İlgili Bilgileri Nereden Aldınız?	Diğer	1	42.3	3	50.0	0.578

Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi anketi kanıta dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu hastalıklar, akılcı ilaç

kullanımı, aşı kampanyaları, ilkeler puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi ölçeği toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Toplam hekimlik süresi ≤ 25 yıl ve >25 yıl olan gruplar arasında toplum yönelimli olma tutum ölçeği toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Toplum yönelimi bilgi ve tutum düzeyi ile toplam hekimlik süresi değişkenin karşılaştırılması

	Toplam Hekimlik Süresi ≤ 25 Yıl (n:26)		Toplam Hekimlik Süresi >25 Yıl (n:26)		P
	Ort. $\pm$ ss	Medyan	Ort. $\pm$ ss	Medyan	
Kanıtı Dayalı Tıp	1.73 $\pm$ 0.87	2.00	1.42 $\pm$ 1.06	1.00	0.268
Acil Durum ve Afet Yönetimi	3.31 $\pm$ 0.84	3.5	3.00 $\pm$ 1.33	3.00	0.626
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	1.65 $\pm$ 1.16	2.00	1.38 $\pm$ 0.94	2.00	0.464
Akılcı İlaç Kullanımı	3.50 $\pm$ 0.65	4.00	3.38 $\pm$ 1.30	4.00	0.389
Aşı Kampanyaları	3.61 $\pm$ 0.57	4.00	3.04 $\pm$ 1.40	3.00	0.176
İlkeler	3.35 $\pm$ 1.10	4.00	3.23 $\pm$ 1.21	3.50	0.681
Toplum Yönelimi Bilgi Anketi Toplam Puan	17.15 $\pm$ 2.55	17.50	3.09 $\pm$ 5.63	17	0.672
Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi Toplam Puan	91,58 $\pm$ 22,2	98,0	93,65 $\pm$ 14,0	95,0	0.776

Mann-whitney u test

Toplum Yönelimi Bilgi Ve Tutum Düzeyi İle Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamama Durumu Değişkenin Karşılaştırılması

KDT uygulamalarını kullanan grupta toplum yönelimi bilgi ölçeği kanıtı dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu hastalıklar, ilkeler puanı KDT uygulamalarını kullanmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 23).

KDT uygulamalarını kullanan ve kullanmayan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi anketi akılcı ilaç kullanımı, aşı kampanyaları puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 23).

KDT uygulamalarını kullanan grupta toplum yönelimi bilgi anketi toplam puanı KDT uygulamalarını kullanmayan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 23).

KDT uygulamalarını kullanan ve kullanmayan gruplar arasında toplum yönelimli olma tutum ölçeği toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 23).

Tablo 23. Toplum yönelimi bilgi ve tutum düzeyi ile kanıta kayalı tıp uygulama durumu değişkenin karşılaştırılması

	KDT Uygulamalarını				P
	Kullanma (-) (n:16)		Kullanma (+) (n:36)		
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Kanıta Dayalı Tıp	1.06 ± 0.86	1.00	1.81 ± 0.95	2.00	0.015
Acil Durum ve Afet Yönetimi	2.50 ± 1.37	3.00	3.44 ± 0.84	4.00	0.007
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	1.06 ± 1.00	1.00	1.72 ± 1.03	2.00	0.042
Akılcı İlaç Kullanımı	3.06 ± 1.34	3.50	3.61 ± 0.80	4.00	0.091
Aşı Kampanyaları	3.13 ± 1.36	4.00	3.42 ± 0.97	3.50	0.814
İlkeler	2.69 ± 1.25	3.00	3.56 ± 1.00	4.00	0.018
Toplum Yönelimi Bilgi Anketi Toplam Puan	13.5 ± 5.35	15.00	17.55 ± 3.30	18.00	0.001
Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi Toplam Puan	88,63 ± 16,78	91,5	94,39 ± 19,04	98,50	0.132

Mann-whitney u test

Toplum Yönelimi Bilgi Ve Tutum Düzeyi İle “Karbon Ayak İzi” Konseptini Duyma Durumu Değişkenin Karşılaştırılması

“Karbon Ayak İzi” konseptini duyan ve duymayan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi testi kanıta dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu hastalıklar, akılcı ilaç kullanımı, aşı kampanyaları, ilkeler puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 24).

“Karbon Ayak İzi” konseptini duyan ve duymayan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi testi toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 24).

“Karbon Ayak İzi” konseptini duyan ve duymayan gruplar arasında toplum yönelimli olma tutum testi toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 24).

Tablo 24. Toplum yönelimi bilgi ve tutum düzeyi ile “Karbon Ayak İzi” Konseptini duyma durumu değişkenin karşılaştırılması

	"Karbon Ayak İzi" Konseptini					P
	Duyma (-) (n:16)		Duyma (+) (n:36)			
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan		
Kanıtı Dayalı Tıp	1.75 ± 0.86	2.00	1.50 ± 1.03	1.00		0.321
Acil Durum ve Afet Yönetimi	3.06 ± 1.18	3.00	3.19 ± 1.09	3.50		0.682
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	1.12 ± 0.80	1.00	1.70 ± 1.12	2.00		0.066
Akılcı İlaç Kullanımı	3.43 ± 1.09	4.00	3.44 ± 1.00	4.00		0.832
Aşı Kampanyaları	3.25 ± 1.13	3.00	3.36 ± 1.10	4.00		0.593
İlkeler	3.13 ± 1.15	3.00	3.36 ± 1.15	4.00		0.379
Toplum Yönelimi Bilgi Anketi Toplam Puan	15.75 ± 3.95	16.5	16.55 ± 4.63	17.5		0.299
Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi Toplam Puan	95,31 ± 10,2	94,0	91,42 ± 21,1	98,5		0.804

Mann-whitney u test

Toplum Yönelimi Bilgi Ve Tutum Düzeyi İle “Gezegen Sağlığı Ve Çevresel Sürdürülebilirlik” İle İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenin Karşılaştırılması

Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olan ve olmayan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi testi kanıtı dayalı tıp, acil durum ve afet yönetimi, bildirimi zorunlu hastalıklar, akılcı ilaç kullanımı, aşı kampanyaları, ilkeler puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 25).

Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olan ve olmayan gruplar arasında toplum yönelimi bilgi anketi toplam puanı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir (Tablo 25).

Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olan grupta toplum yönelimli olma tutum anketi toplam puanı gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olmayan grupta anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti (Tablo 25).

Tablo 25. Toplum yönelimi bilgi ve tutum düzeyi ile gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olma durumu değişkenin karşılaştırılması

	Gezegen Sağlığı ve Çevresel Sürdürülebilirlik ile İlgili				P
	Bilgi Sahibi Olma (-) (n:18)		Bilgi Sahibi Olma (+) (n:34)		
	Ort.±ss	Medyan	Ort.±ss	Medyan	
Kanıtı Dayalı Tıp	1.50 ± 1.04	1.00	1.62 ± 0.95	2.00	0.630
Acil Durum ve Afet Yönetimi	2.94 ± 0.95	3.00	3.26 ± 1.02	4.00	0.311
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	1.22 ± 0.88	1.50	1.68 ± 1.12	2.00	0.178
Akılcı İlaç Kullanımı	3.39 ± 1.29	4.00	3.47 ± 0.86	4.00	0.575
Aşı Kampanyaları	3.06 ± 1.31	3.00	3.47 ± 0.96	4.00	0.217
İlkeler	2.89 ± 1.33	3.00	3,50 ± 0.99	4.00	0.109
Toplum Yönelimi Bilgi Düzeyi	15.00 ± 1.07	17.00	17.00 ± 3.75	17.00	0.257
Toplum Yönelimli Olma Tutum Düzeyi	85,6 ± 20,2	86,5	96,32 ± 16,5	99,5	0.011

Mann-whitney u test

KORELASYON ANALİZLERİ

Spearman korelasyon analizine göre katılımcıların;

- yaşları ve toplam hekim olarak çalıştıkları süre(yıl) arasında: $r=0,974, p<0,001$
- cinsiyetleri ve toplam hekimlik süreleri arasında: $r=0,720, p=0,002$
- cinsiyetleri ve günlük çalışma saatleri arasında: $r=0,561, p=0,24$
- aile hekimi olarak çalıştığı süre ile çalıştığı birime kayıtlı kişi sayısı arasında: $r=0,648, p=0,007$
- tutum anketi puanı ile bilgi anketi puanı arasında: $r=0,333, p=0,016$

olarak hesaplanmış olup pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 26: Değişkenlerin korelasyon analizleri

		Tutum Puanı	Bilgi Puanı	Yaş	Cinsiyet	Kayıtlı Kişi Sayısı	Toplam Hekimlik Süresi	Aile Hekimi Olarak Çalışılan Toplam Süre	Günlük Saat	Mobil Nüfus	Ev Ziyareti
Mobil Nüfus	τ	-0,207	0,161	-0,175	-0,153	0,173	-0,211	-0,183	0,143	1,000	-0,143
	p	0,341	0,471	0,426	0,554	0,427	0,339	0,421	0,580	.	0,580
	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Ev Ziyareti	τ	-0,138	-0,395	-0,018	-0,153	-0,173	0,000	-0,311	-0,429	-0,143	1,000
	p	0,525	0,078	0,937	0,554	0,427	1,000	0,171	0,097	0,580	.
	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Tutum Puanı	r	1,000	0,431	-0,176	0,015	0,172	-0,102	0,089	-0,082	-0,246	-0,164
	p	.	0,095	0,516	0,957	0,524	0,707	0,742	0,763	0,358	0,544
	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Bilgi Puanı	r	0,431	1,000	-0,271	0,162	0,013	-0,245	0,108	0,372	0,186	-0,455
	p	0,095	.	0,309	0,548	0,961	0,360	0,690	0,156	0,490	0,077
	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Yaş	r	-0,176	-0,271	1,000	0,748**	0,252	0,974**	0,317	0,267	-0,206	-0,021
	p	0,516	0,309	.	0,001	0,347	0,000	0,231	0,317	0,445	0,940
	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Cinsiyet	r	0,015	0,162	0,748**	1,000	-0,044	0,720**	0,089	0,561*	-0,153	-0,153
	p	0,957	0,548	0,001	.	0,872	0,002	0,743	0,024	0,572	0,572
	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

τ :Kendall tau b katsayısı; r: Spearman korelasyon katsayısı;*p<0.05. **p<0.01. ***p<0.001

Tablo 26 (Devam): Değişkenlerin korelasyon analizleri

		Tutum puanı	Bilgi puanı	Yaş	Cinsiyet	Kayıtlı Kişi Sayısı	Toplam Hekimlik Süresi	Aile Hekimi Olarak Çalışılan Toplam Süre	Günlük Saat	Mobil Nüfus	Ev Ziyareti
Kayıtlı Kişi Sayısı	<i>r</i>	0,172	0,013	0,252	-0,044	1,000	0,319	0,648**	-0,369	0,205	-0,205
	<i>p</i>	0,524	0,961	0,347	0,872	.	0,228	0,007	0,159	0,446	0,446
	<i>n</i>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Toplam Hekimlik Süresi	<i>r</i>	-0,102	-0,245	0,974**	0,720**	0,319	1,000	0,443	0,206	-0,247	0,000
	<i>p</i>	0,707	0,360	0,000	0,002	0,228	.	0,085	0,444	0,356	1,000
	<i>n</i>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Aile Hekimi olarak çalışılan toplam Süre	<i>r</i>	0,089	0,108	0,317	0,089	0,648**	0,443	1,000	-0,208	-0,208	-0,353
	<i>p</i>	0,742	0,690	0,231	0,743	0,007	0,085	.	0,440	0,440	0,179
	<i>n</i>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Günlük Çalışma Saati	<i>r</i>	-0,082	0,372	0,267	0,561*	-0,369	0,206	-0,208	1,000	0,143	-0,429
	<i>p</i>	0,763	0,156	0,317	0,024	0,159	0,444	0,440	.	0,598	0,098
	<i>n</i>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Mobil Nüfus	<i>r</i>	-0,246	0,186	-0,206	-0,153	0,205	-0,247	-0,208	0,143	1,000	-0,143
	<i>p</i>	0,358	0,490	0,445	0,572	0,446	0,356	0,440	0,598	.	0,598
	<i>n</i>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Ev Ziyareti	<i>r</i>	-0,164	-0,455	-0,021	-0,153	-0,205	0,000	-0,353	-0,429	-0,143	1,000
	<i>p</i>	0,544	0,077	0,940	0,572	0,446	1,000	0,179	0,098	0,598	.
	<i>n</i>	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16

τ :Kendall tau b katsayısı; *r*: Spearman korelasyon katsayısı; **p*<0.05. ***p*<0.01. ****p*<0.001

Nokta çift serili korelasyon analizine göre KDT uygulama durumu ve bilgi anketinden alınan puan değişkenleri arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r_{pb} = -0,429$, $p=0,001$. Buna göre KDT uygulamalarını kullanma durumundan kullanmama durumuna geçtikçe bilgi anketi toplam puanı azalmaktadır (Tablo 27).

Tablo 27: KDT uygulama-bilgi puan arasındaki korelasyon analizi

Değişken	n	Ort. ± ss	1	2
1. KDT Uygulama durumu	52	1,31± 0,466	-	-0,429**
2. Bilgi anketi toplam puanı	52	16,31± 4,41	-	-

Nokta çift serili korelasyon analizi; * $p<0.05$. ** $p<0.01$. *** $p<0.001$

Nokta çift serili korelasyon analizine göre gezegen sağlığı hakkında bilgi sahibi olma durumu ve tutum anketinden alınan puan değişkenleri arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r_{pb} = -0,280$, $p=0,022$. Buna göre gezegen sağlığı hakkında bilgi sahibi olma durumundan bilgi sahibi olmama durumuna geçtikçe tutum anketi toplam puan değerleri azalmaktadır (Tablo 28).

Tablo 28: Gezegen sağlığı hakkında bilgi sahibi olma ve tutum anketi puanı arasındaki korelasyon analizi

Değişken	N	Ort. ± ss	1	2
1. KDT Uygulama durumu	52	0,35± 0,48	-	-0,280*
2. Tutum anketi toplam puanı	52	92,62± 18,41	-	-

Nokta çift serili korelasyon analizi; * $p<0.05$. ** $p<0.01$. *** $p<0.001$

Nokta çift serili korelasyon analizine göre;

- cinsiyet ve tutum anketi puan değişkenleri arasında: $r_{pb} = -0,043$, $p=0,381$
- cinsiyet ve bilgi anketi puan değişkenleri arasında: $r_{pb} = 0,161$, $p=0,126$
- ünvan ve tutum anketi puan değişkenleri arasında: $r_{pb} = 0,179$, $p=0,203$
- ünvan ve bilgi anketi puan değişkenleri arasında: $r_{pb} = 0,205$, $p=0,144$.

olarak hesaplanmış olup anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

TARTIŞMA

Aile hekimliği disiplinin temel özelliklerini benimseyip günlük aile hekimliği pratiğinde uygulayabilmek için çekirdek yeterliliklerin özömsenmesini gereklidir. Bu çalışmanın amacı Edirne il merkez aile sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin toplum yönelimli olma konusunda bilgi ve tutumlarını araştırmaktır. Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı türde yapılmış olup, çalışmanın evreni 58 aile hekimden oluşmaktadır. Çalışmaya 52 aile hekimi katıldı. Çalışmamızda veri toplamak için 73 sorudan oluşan bir anket kullanıldı: anket sorularının 26’sı katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, 24’ü toplum yönelimi ile ilgili bilgi düzeyini ve 22’si toplum yönelimli olma ile ilgili tutum düzeyini sorgulayan önermelerdi. Bilgi soruları “KDT”, “Acil durum ve Afet Yönetimi”, “BZBH”, “Akılcı İlaç Kullanımı”, “Aşı Kampanyaları” ve “Toplum yönelimli olmanın prensiplerini yansıtan ilkeler” başlıkları altında altı grupta toplandı.

Çalışmamızı dört bölümde tartışacağız:

1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri
2. Toplum yönelimli olma bilgi testi
3. Toplum yönelimli olma tutum testi
4. Karşılaştırmalı analizler

1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza 27'si (%51,9) kadın, 25'i (%48,1) erkek toplam 52 doktor katıldı. Katılımcıların ortalama yaşı $49,90 \pm 7$ iken yaş ortalaması erkeklerde $52,48 \pm 6,51$ kadınlarda ise $47,51 \pm 6,61$ olduğu belirlendi. 27'sinin (%73,1) pratisyen aile hekimi, 14'ünün (%26,9) aile hekimiği uzmanı olduğu saptanmıştır. Uzman hekimlerin yaş ortalaması $44,06 \pm 8,2$; pratisyen hekimlerin $51,8 \pm 5,4$ idi. Aile hekimleri ortalama $24,5 \pm 7,6$ (min:8, max:35, medyan:25,5) yıldır hekimlik; $13,2 \pm 4,9$ (min:4, max:19, medyan:16,00) yıldır aile hekimliği yapmaktaydı. Hekimlerin 26'sının toplam hekimlik süresi 25 yıldan fazla olduğu saptanmıştır. Çalıştıkları ASM sınıfı incelendiğinde 39'unun (%75,0) A sınıfı, 7'sinin (%13,5) B sınıfı, 6'sının ise (%11,5) D sınıfı olduğu saptandı. C sınıfı ASM'de çalışan hekim yoktu. Ayrıca hekimlerin 11'inin (%21,2) mobil nüfusu olduğu saptandı. Üzerilerine kayıtlı, immobil veya ASM'ye gelemeyecek kadar yaşlı olan hastalarına ev ziyaretleri yaptığını belirten aile hekimi sayısı 12 ve aylık ev ziyareti sayısı ortalama $7,3 \pm 7,9$ (min:1, max:30, medyan:5) olarak saptandı. Çalışmaya katılan aile hekimlerine kayıtlı birey sayılarının ortalaması $3270,02 \pm 441,2$ (min:2100, max:4000, medyan:3348,5) idi. Bir gün boyunca polikliniğe başvuran, toplam (kayıtlı veya kayıtsız) birey sayısı $77,3 \pm 20,8$ (min:40,0 max:170,0 medyan:75); yine bir günlük ortalama çalışma saati $8,13 \pm 0,2$ (min:8 max:9 medyan:8,0) idi.

Bulguların Önceki Çalışmalarla Karşılaştırılarak Yorumlanması

Doug Campos-Outcalt tarafından 2004'te tanımlanan bir aile hekiminin toplum yönelimli olmaya yönelik hakim olması gereken temel bilgi ve yeterlilikler arasında kanıta dayalı koruyucu rehberleri bilmesi ve tıbbi literatürü anlayıp yorumlayabilmesi geldiğini ifade eder (35).

Kanıta Dayalı Tıp

Kanıta Dayalı Tıp (KDT), hasta bakımıyla ilgili karar süreçlerinde mevcut en iyi kanıtların özenli, şeffaf ve mantıklı bir biçimde kullanılmasını ifade eder (51). Klinik deneyim, sistematik araştırmalardan elde edilen güncel kanıtlarla birlikte, hasta değerleri ve beklentileriyle bütünleştirilir. Hasta koşulları ve tercihlerinin mevcut en iyi kanıtlarla bir araya getirilmesi, klinik kararların kalitesini artırmak amacıyla uygulanır (52,53).

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması $49,90 \pm 7$ iken, diğer çalışmalarda bu ortalamalar daha düşük bulunmuştur (örneğin, Worku'nun (54) çalışmasında 29, Kutlu'nun (55) çalışmasında $28,38 \pm 2,41$). Saygılı ve ark.'nın (56) çalışmasında ise 41,4 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda (Saygılı'nın çalışmasına benzer) yaş ortalamasının daha yüksek olmasının nedeni evrenin asistan hekimlerden değil, pratisyen ve uzman aile hekimlerinden oluşturulması olabilir. Diğer çalışmalardaki düşük yaş ortalamaları ise genellikle asistan hekimlerin katılımıyla ilişkilidir. Bu farklılık, örneklem grubunun mesleki deneyimini ve aile hekimliği uygulamalarıyla ilgili bilgi düzeyini etkileyebilir.

Çalışmamızda kadın katılımcılar %51,9; erkek katılımcılar %48,1 oranındadır. OECD (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü; Organisation for Economic Co-operation and Development) 2019 verilerine göre Türkiye genelinde hekimlerin %37,5'i kadınlardan oluşmaktadır. Saygılı ve ark.'nın (56) çalışmasında katılımcıların %66,7'si erkek, %33,3'ü kadın olup OECD verilerine benzer olduğu saptanmıştır. Saygılı ve ark.'nın (56) çalışmasında ve OECD verilerinde erkeklerin ağırlıkta olduğu görülürken, çalışmamızda kadın-erkek oranının dengeli olması, kadın hekimlerin aile hekimliğini tercih etme eğilimindeki artışı göstermektedir. Bu bulgu, meslek seçimi eğilimleri ve toplumsal cinsiyet rollerinin sağlık sektöründeki yansıması açısından dikkat çekicidir.

Çalışmamızda günlük ortalama hasta sayısı $77,3 \pm 20,8$ bulunmuştur. Bu sayı, Saygılı ve ark.'nın (56) çalışmasındaki 31-50 aralığından belirgin şekilde yüksektir. Günlük hasta sayısındaki artış, yıllar içinde aile hekimliğine yönelik toplum farkındalığının artmasıyla açıklanabilir. Ancak bu artış, hasta başına ayrılan süreyi kısaltarak hekimlerin kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamalarını etkin bir şekilde kullanmalarını zorlaştırabilir. Zaman yetersizliği, Saygılı ve ark.'nın (56) çalışmasında KDT uygulamalarının önündeki en büyük engellerden biri olarak vurgulanmıştır. Bu, hekimlerin yükünü azaltacak sistematik düzenlemelere ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların %96,2'si KDT uygulamaları hakkında bilgi sahibidir ve %69,2'si KDT'yi günlük pratiklerinde kullanmaktadır. Ancak KDT'yi sık kullananlar (%13,9) oldukça düşüktür. Saygılı ve ark.'nın (59) çalışmasında bilgi sahibi olma oranı %84,0, günlük kullanım oranı %82,7 olarak belirlenmiştir. KDT eğitimi almış hekim oranının artmasına rağmen KDT kullanım sıklığının azalması, günlük hasta yükü ve zaman kısıtlılığı gibi faktörlerle açıklanabilir. Ayrıca, Saygılı ve ark.'nın (56) çalışmasında KDT kullanımında %74,6 oranında sık kullanım bildirilirken, çalışmamızda bu oran oldukça

düşüktür (%13,9). Bu durum, hekimlerin mevcut iş yükü nedeniyle KDT uygulamalarına zaman ayıramadığını göstermektedir. Sağlık politikalarının bu yükü hafifletmeye yönelik düzenlemeler içermesi gerektiği açıktır.

Çalışmamızda kadın ve erkek hekimler arasında KDT kullanımı ve literatür tarama sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Jousimaa ve ark.'nın (57) çalışmasında kadın hekimlerin veri tabanı kullanma sıklığının daha yüksek olduğu, Sayılır'ın (58) 2016 çalışmasında ise kadınların online kılavuzları erkeklerden daha sık kullandığı tespit edilmiştir ($p=0,003$). Bu farklılık, örneklem büyüklüğü ve dağılımı ile açıklanabilir. Çalışmamdaki dengeli kadın-erkek oranı, bu tür farklılıkların gözlemlenmesini zorlaştırmış olabilir. Ayrıca Sayılır'ın tezinde daha büyük bir örneklem ($n:100$) kullanılmış olması analizlerin gücünü artırarak daha net sonuçlara ulaşılmasını sağlamış olabilir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğünün nispeten küçük olması ($n:52$) istatistiksel anlamlılık elde edilmesini zorlaştırmış olabilir. Bu nedenle, anlamlı bir fark bulunamaması, örneklem büyüklüğünün yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda pratisyen ve uzman hekimler arasında KDT kullanımı ve literatür tarama sıklığı ($p>0.05$) açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, Sayılır'ın (58) 2016 çalışmasındaki bulgularla paraleldir. Her iki grupta da KDT kullanımının benzer olması, bu alandaki farkındalığın sadece uzmanlık eğitime bağlı olmadığını, genel mesleki deneyim ve eğitiminde önemli rol oynadığını göstermektedir. Ancak KDT kullanımının yaygınlaştırılması için hem pratisyen hem de uzman hekimlere yönelik eğitimlerin artırılması önemlidir.

Çalışmamızda, katılımcıların %96,2'si KDT uygulamaları hakkında bilgi sahibi olup, %69,2'si KDT bilgisini tıp fakültesinde, %28,8'i uzmanlık eğitiminde edinmiştir. Diğer çalışmalarda da KDT eğitimi alan hekim oranının giderek arttığı görülmüştür (örneğin Albarrak ve ark.'nın (59) (2013) Dubai'de yaptıkları çalışmada %70,3). Eğitim programlarının yaygınlaşması, hekimlerin KDT bilgi düzeyini artırmıştır. Ancak bu bilgi düzeyi, pratik uygulamaya yeterince yansımamış görünmektedir. Zaman kısıtlılığı gibi yapısal engellerin aşılması, KDT'nin etkin kullanımını artırabilir.

Ahmad ve ark.'nın (60) (2009) çalışmasında (Kuveyt): Hekimlerin sadece %24'ünün KDT konusunda farkındalığı olduğu tespit edilmiştir. Chan ve Teng'in (61) (2005) çalışmasında: Literatür araştırması yapan hekim oranı %6,7'dir. Çalışmamızda ise KDT farkındalığı %96,2, KDT kullanımı %69,2 bulunmuştur. Türkiye'de KDT farkındalığının ve

kullanımının diğer ülkelerdeki çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye'deki tıp eğitiminin KDT'ye verdiği önemle açıklanabilir.

Sonuç olarak, çalışmamız KDT farkındalığı ve kullanımına yönelik önemli veriler sunmaktadır. Ancak günlük hasta yükü ve zaman kısıtlılığı gibi engeller, KDT'nin etkin kullanımını sınırlandırmaktadır. Daha büyük örneklemelerle yapılan çalışmalar, bu bulguları daha da güçlendirebilir. Bu tür karşılaştırmalı analizler, sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıklar geniş kitleleri etkileyerek salgınlar oluşturabilir. Bu nedenle saptanması ve bildirimde bulunulması toplum sağlığını korumaya yönelik önlemlerin alınabilmesi için önemlidir (62). Buna rağmen ülkemizde bulaşıcı hastalık için yapılan bildirim düzeyi yeterli değildir (63). Çalışmamızın amaçlarından biride toplum yönelimli olmanın vazgeçilmez bir parçası olan ve Doug Campos-Outcalt'ın 2004'te tanımlamış olduğu toplum yönelimli olmaya yönelik, her aile hekiminin hakim olması gereken temel bilgi ve yeterlilikler arasında yer alan BZBH ve bildirimi ile ilgili aile hekimlerinin bilgi ve tutumlarını değerlendirmektir (35).

Çalışmamızda katılımcıların %55,8'i BZBH ile karşılaştığını belirtmiştir. Bu oran Cezaroğlu'nun (64) (2016) çalışmasında %81 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda en sık karşılaşılan hastalıklar COVID-19 (%27,6), döküntülü hastalıklar (%27,6) olarak bulunmuştur. Cezaroğlu'nun (64) çalışmasında en sık "Çocukluk Çağı Döküntülü Hastalıkları", "Akut Gastroenterit (AGE)" ve "Kuduz Riskli Temas" bildirilmiştir. İki çalışma arasındaki farklı sonuçlar, COVID-19 pandemisi sonrası hekimlerin bu tür hastalıklara yaklaşımındaki değişiklikleri ve farklı çalışma ortamlarını yansıtabilir. Bizim çalışmamız katılımcıların en sık karşılaşılan BZBH olarak işaret ettiği COVID-19'un küresel etkisini ve yaygın bulaşıcılığını yansıtırken, Cezaroğlu'nun (64) çalışmasında bu hastalığa dair bir veri bulunmaması ve hatta en sık bildirilmedikleri BZBH'den birinin grip olması COVID-19 pandemisi öncesi hekimlerin grip gibi hastalıklara yaklaşımındaki farklılığı yansıtabilir. Ayrıca küçük örnekleme COVID-19 gibi geniş kitleleri etkileyen hastalıklar öne çıkarken, daha geniş örneklemeler "Kuduz/kuduz Riskli Temas" gibi farklı hastalık çeşitlerini de ortaya koyabilir.

Amerika ve diğer gelişmiş ülkelerde bildirilen en sık hastalıklar tüberküloz, AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar olmuştur. Diğer gelişmiş ülkelerde de benzer oranlar bulunmuştur (65,66). Çalışmamızdan farklı olan bu sonuçlar, ülkeler arasındaki sosyoekonomik ve kültürel düzeylerin sağlık sorunlarına yansımaları göstermektedir.

Çalışmamızda BZBH ile karşılaşan hekimlerin %82,8'i gerekli önlemleri almıştır. En sık alınan önlemler arasında koruyucu ekipman (%50) ve hijyen (%41,7) yer almıştır. Cezaroğlu'nun (64) çalışmasında, uzun prosedürler ve sistem zorlukları nedeniyle bildirim yapılmadığı belirtilmişken, bizim çalışmamızda filyasyon gibi yöntemlerin pandeminin etkisiyle daha yaygın kullanıldığı görülmektedir.

Bildirim oranı bizim çalışmamızda %65,56 iken Cezaroğlu'nun (64) çalışmasında %12,1 olarak bulunmuştur. Pandemi sürecinde bildirimin öneminin artması, bu farkı açıklayabilir.

Çalışmamızda katılımcıların bildirim yapmama nedenleri arasında uzun prosedürler (%20) ve tanıyı başka bir şekilde girme (%30) yer almıştır. Bu bulgu, pandemi sonrası sistematik iyileştirmelerin önemine işaret etmektedir.

Çalışmadaki hekimlerin %96,2'si BZBH hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş, en önemli bilgi kaynağı tıp fakültesi eğitimi (%84,6) olmuştur. Cezaroğlu'nun çalışmasında ise %32,5 oranında eğitim alınmadığı saptanmıştır. COVID-19 pandemisi sonrası sağlık eğitimindeki farkındalık ve yoğunlaşma bu oranların artmasında etkili olabilir.

Çalışmamızın sonuçları, COVID-19 pandemisinin bulaşıcı hastalık yönetimi üzerindeki etkilerini ve aile hekimlerinin bu süreçteki rollerini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Eğitimdeki artan farkındalık, koruyucu önlemler ve filyasyonun yaygınlaşması, pandeminin sağlık hizmetlerindeki kalıcı etkilerinden bazılarıdır. Gelecekteki çalışmalarda daha geniş örneklem ve farklı bölgesel verilerle bu sonuçların daha ayrıntılı incelenmesi önerilmektedir.

Acil Durum Ve Afet Yönetimi

Her yıl milyonlarca kişi afetlerden etkilenmektedir. Temel sağlık hizmetleri ise bu tür afetlerde önemli bir rol üstlenmektedir. Aile hekimleri, afet yönetiminin her aşamasında – hazırlık, müdahale ve iyileştirme – kritik bir role sahiptir (67,68). Bu, hem bireysel hem de toplumsal sağlık düzeyinde etkili olmalarını gerektirir.

Çalışmamız, afet yönetimi konusunda katılımcıların %84,6'sının bilgi sahibi olduğunu göstermiştir. Bu oran, afet yönetimine verilen önemin ve bu alanda gerçekleştirilen eğitimlerin pandemi sonrası artış gösterdiğine işaret etmektedir. Katılımcıların bilgi kaynağı olarak en çok tıp fakültelerini (%51,9) belirtmesi, tıp eğitiminin afet yönetimine odaklanmaya başladığını göstermektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi (%19,2) ve meslek içi eğitimler (%85,0), bilgi edinmede diğer önemli kaynaklardır. Dijital ve akademik kaynakların az kullanılması (%5 ve %15), afet yönetimi ile ilgili kaynakların çeşitliliğinin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Yılmaz'ın (69) çalışmasında, aile hekimliği asistanlarının sadece %15,5'i afetle ilgili bir eğitim aldığını belirtmiştir. Bu oran, çalışmamızda gözlemlenen %84,6 oranıyla kıyaslandığında çok düşüktür. Eğitim alanların çoğunun tıp fakültesinde bu bilgiyi edindiği, ancak asistanlık döneminde bu tür eğitimlerin yetersiz olduğu görülmektedir. İki çalışma arasındaki sonuçların farklılığı, 2015 yılından sonra COVID-19 pandemisi gibi küresel sağlık krizlerinin tıp eğitiminde bu konulara daha fazla yer verilmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Bu konuda Pekez-Pavliško'nın (70) yaptığı bir diğer çalışmada aile hekimlerinin %73,8'inin son iki yıl içinde afetle ilgili bir eğitim almadığı görülmüştür. Çalışmamızda ise bu durumun tersine dönerek, bilgi sahibi hekim oranının oldukça yükseldiği saptanmıştır. Pandemi, sağlık sistemlerinde acil durum hazırlık ve yönetimi konularının daha fazla ele alınmasını sağlamış, bu da hekimlerin bilgi düzeyini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Pandemi, sağlık sistemlerinin acil durum hazırlıkları ve kriz yönetimi kapasitesinde önemli eksiklikleri ortaya çıkarmış ve bu alanlarda sistematik iyileştirmelere zemin hazırlamıştır. Pandemi sonrası, tıp fakültelerinin eğitim müfredatlarında ve meslek içi eğitim programlarında afet yönetimine daha fazla yer verilmesi, çalışmamızdaki bulguların temel nedenlerinden biridir.

Çalışmamızda afet yönetimi konusunda tıp fakültelerinin bilgi kaynağı olarak öne çıkması, bu alanda tıp eğitiminin geliştiğini ve daha sistematik bir hale geldiğinin göstergesi olabilir. 2015 yılına kıyasla 2024'te aile hekimlerinin daha fazla bilgi kaynağına eriştiği ve bu konuda daha fazla eğitim aldığı anlaşılmaktadır.

Çalışmamızın bulguları, geçmiş yıllara kıyasla aile hekimlerinin daha iyi donatıldığını ve afet yönetimi konularına daha hazırlıklı hale geldiklerini göstermektedir. Ancak, dijital ve akademik kaynakların düşük kullanımı, bu alanlarda bilgi paylaşımının artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Akılcı İlaç Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığa erişimde eşitliği temel alarak, ilaca erişimin uzun vadeli ilaç politikalarının vazgeçilmez bir parçası olması gerektiğini vurgulamaktadır. Yanlış, gereksiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı, küresel düzeyde hastalık oranlarının artması, kaynak israfı ve tedavi maliyetlerinin yükselmesi gibi sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunları çözmek amacıyla DSÖ, 1985'te "Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)" kavramını tanımlamıştır. AİK, hastaların uygun ilaca, doğru dozda ve en düşük maliyetle ulaşabilmesini amaçlar. DSÖ verilerine göre, ilaçların %50'sinden fazlası hatalı reçetelendirilmekte veya kullanılmakta, hastaların yarısı ise ilaçlarını doğru şekilde kullanmamaktadır (71).

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), toplum sağlığını ve toplumsal faydayı gözetten bir yaklaşımdır. Yanlış, gereksiz, etkisiz ve pahalı ilaç kullanımının sonuçları arasında temel ilaç rehberlerine uyumsuz reçete yazılması, özel gruplara uygunsuz ilaç reçetelenmesi, gereksiz antibiyotik veya enjeksiyon uygulamaları ve gereksiz yere pahalı ilaç tercih edilmesi yer almaktadır. Ayrıca, hekimlerin hastalarını yeterince bilgilendirmemesi, eksik bilgi içeren reçeteler, eczacıların hasta bilgilendirme eksiklikleri, sağlık personelinin ilaç uygulama hataları ile ilaç üretim ve dağıtımında altyapı yetersizlikleri, yanlış ilaç kullanımını artırmaktadır. Bu sebeplerle, AİK yaklaşımının benimsenmesi tüm paydaşlar için bir zorunluluktur.

Aile hekimlerin toplum yönelimli olma hakkında bilgi ve tutumlarını araştıran çalışmamızda, toplum sağlığını yakından etkileyen bir diğer konu olan AİK'yi de ele aldık.

Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğunun (%94,2) AİK hakkında bilgi sahibi olması, hekimlerin bu konuya yönelik farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Tıp fakülteleri (%65,4) ve meslek içi eğitimler (%46,2) en sık bilgi kaynakları olarak belirtilmiştir. Bu, eğitimlerin etkinliğini ve önemini vurgulamaktadır. Özkan'ın (72) çalışmasında, asistan hekimlerin yalnızca %27,6'sının AİK hakkında bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların daha az deneyime sahip olması ve meslek içi eğitimlere daha az katılım sağlamaları, bu farkın nedeni olabilir. Sert'in (73) çalışmasında, aile hekimliği asistanlarının %69,3'ünün daha önce AİK konusunda eğitim aldığı bildirilmiştir. Tıp fakültelerinin (%55) bilgi kaynağı olarak ön planda olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda bu oran daha yüksektir, bu da tecrübeli hekimlerin AİK konusunda daha bilinçli olduğunu göstermektedir.

Saygılı (74) , Pilgir (75) ve Peköz'ün (76) çalışmalarında hekimlerin %40-58'inin AİK eğitimi almadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda, eğitim oranlarının artışında son yıllarda düzenlenen akılcı ilaç ve antibiyotik kullanımı eğitimlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu

sonuç, Sağlık Bakanlığı'nın ve diğer kurumların bu alandaki çalışmalarının önemini desteklemektedir.

Son yıllarda düzenlenen AİK eğitimlerinin sayısının artması, bilgi düzeyinin yükselmesine katkı sağlamıştır. Çalışmamızda meslek içi eğitimlerin bilgi kaynağı olarak sıkça belirtilmesi (%46,2), deneyimli hekimler arasında bu tür eğitimlerin değerini ortaya koymaktadır.

Bizim çalışmamızda daha yüksek oranda AİK konusunda bilgi alındığının belirtilmesinin nedenlerinden biri; diğer çalışmalarda örneklemin asistan hekimlerden oluşmasına karşın bizim çalışmamızda pratisyen ve uzman aile hekimlerin katılımcı olması ve hekimlik tecrübelerinin daha fazla olması etken olmuş olabilir. Ayrıca sonuçlar son yıllarda akılcı antibiyotik ve akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin arttığını ve hekimlerin eğitime önem verip daha çok katılım sağladığını göstermektedir.

Aşı Kampanyaları

Bağışıklama hizmetlerinin temel amacı, toplumda özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile önlenebilir hastalıkları engelleyerek, bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve sakatlıkların önüne geçmektir. Aşılama sadece sağlık kazanımları değil, aynı zamanda ekonomik ve sosyal açıdan da önemli faydalar sağlamaktadır. DSÖ, bağışıklama hizmetlerini, aşı ile önlenebilir hastalıkları ve ölümleri azaltmada en etkili ve maliyet-etkin toplum sağlığı müdahaleleri olarak değerlendirmektedir (77). Bu sebeple aşılama, toplum sağlığının korunmasında temel bir yer tutar. Aile hekimleri, toplum yönelimli bir yaklaşımla, aşılanmanın gerekliliği ve etkisi konusunda bilgi sahibi olmalı ve olumlu bir tutum sergilemelidir. Aşılama, bebek ve çocuklarda birçok bulaşıcı hastalığı önleyerek hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük kazanımlar sağlar. Toplumdaki aşılanma oranlarının yüksek olması, salgınların önlenmesine ve hastalıkların kontrol altına alınmasına katkıda bulunur. Aile hekimlerinin aşılama programlarını desteklemesi, bu programların etkinliğini artırır ve halk sağlığı üzerindeki olumlu etkileri güçlendirir. Bu nedenle, hekimlerin aşılama konusundaki bilgi ve tutumları toplum yönelimli sağlık hizmetlerinde kritik bir rol oynar.

Çalışmamızda katılımcıların %96,2'si aşı kampanyaları hakkında bilgi sahibiydi ve en sık bilgi kaynağı (%69,2) tıp fakülteleriydi. Aile hekimliği uzmanlık eğitimini kaynak olarak

belirten hekim oranı ise %25,0 idi. “Diğer” şıkkını işaretleyen 24 (%46,2) katılımcı vardı ve bu katılımcıların çoğunluğu (n:20, % 83,3) meslek içi eğitimleri bilgi kaynağı olarak belirtti. 4 katılımcı ise (%16,7) akademik kaynakları bilgi kaynağı olarak göstermişlerdi.

Çalışmamızda meslek içi eğitimlerin ve akademik kaynakların hekimler arasında tercih edilen bilgi kaynakları arasında yer alması, sürekli mesleki gelişimin önemini göstermektedir. Tontak’ın (78) çalışmasında katılımcıların %65,4’ünün, Özden’in (79) çalışmasında ise %75,4’ünün aşı eğitimi aldığını belirtmesi, eğitim programlarının hekimlerin farkındalığını artırmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak Özden’in çalışmasında %24,6’lık bir oranın hiç eğitim almadığını ifade etmesi, bu konuda hala eksiklikler olduğunu düşündürmektedir.

Tontak’ın (78) çalışmasında Katılımcıların ortalama çalışma süreleri hekim olarak 15 yıl ve aile hekimi olarak 8 yıl idi. Özden’in (79) Ankara’da yaptığı çalışmada katılımcıların hekimlik süreleri ortalama değeri 24,5 yıldır. Katılımcıların aile hekimi olarak çalıştığı sürenin ortalama değeri 8,5 yıldır.

Tontak’ın (78) ve Özden’in (79) çalışmalarında aile hekimi olarak çalışma sürelerinin benzer ve kısa olduğu, buna karşın bizim çalışmamızda daha deneyimli bir grup (hekimlik ortalama 24,5 yıl ; aile hekimliği ortalama 13,2 yıl) olduğu görülmektedir. Bu durum, aşı farkındalığı ve bilgi düzeyinin deneyimle birlikte arttığını düşündürmektedir. Her üç çalışmada Sağlık bakanlığı ve il sağlık müdürlüklerinin eğitim programlarının hekimler için vazgeçilmez bir bilgi kaynağı olduğunu ve hekimlerin aşı farkındalığında önemli rolü olduğunu gösteren değerli bulgular sağlamaktadır. Ancak çalışmamızda tıp fakültelerinin öne çıkan bilgi kaynağı olması dikkat çekicidir. Bunun nedeni, tıp fakültelerinin bilgi kaynağı olarak sunulan bir seçenek olarak verilmesi ve diğer çalışmalarda bu seçeneğin yer almaması olabilir. Tıp fakültelerinden alınan bilgi, daha teorik ve bilimsel temellere dayalı bir altyapı sunarken, bakanlık eğitimleri ise uygulama odaklıdır. Her iki kaynağın da birbirini tamamladığı söylenebilir.

Çevresel Sürdürülebilirlik

Günümüzde insan yaşamı için en büyük tehdit artık iklim değişikliğidir. Sağlık sistemi küresel kirliliğe ve sera gazı emisyonlarına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır (19).

Çevresel sürdürülebilirlik, toplum sağlığını koruma ve kaynakları gelecek nesillere taşımada kritik bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde çevresel etkilerin göz önünde bulundurulması, özellikle kırsal alanlarda çalışan aile hekimleri için önem taşır. Aile hekimlerinin, çevre dostu uygulamaları desteklemesi, tıbbi atık yönetimi ve sürdürülebilir sağlık uygulamaları konusunda bilinçli olması, sağlık sisteminin çevresel sürdürülebilirliğine katkıda bulunur. Bu tür uygulamalar, sağlık hizmetlerinin uzun vadede çevresel etkilerini azaltarak toplum sağlığının korunmasına yardımcı olur. Çevresel sürdürülebilirlik konusunda aile hekimlerinin bilgi ve tutumlarının ele alınması, çevresel riskleri azaltma çabalarını destekler. Bu sebeple çalışmamızda hekimlerin konu hakkındaki bilgi ve tutum düzeylerini araştırdık.

Çalışmamızda katılımcıların %65,4'sının gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olduğu belirlendi. Katılımcılarımızın yalnızca %17,3' ü çevresel konularda tıp fakültesinden bilgi edindiklerini, %13,5' i ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi bilgi kaynağı olarak gösterdi. Bu oranlar, tıp eğitiminin bu alandaki yetersizliğini işaret etmektedir. Literatürde Deveci ve ark. (80) ile Ergin ve ark. (81) tarafından yapılan çalışmalar, genç gruplar arasında da çevresel konuların sağlıkla ilişkilendirilmesinde eksiklikler olduğunu göstermektedir. Özellikle tıp fakültesi ve uzmanlık eğitime çevresel sürdürülebilirlik ve sağlık ilişkisini içeren modüllerin eklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Çalışmamızda dijital kaynakların (%86,4) akademik kaynaklardan (%13,6) çok daha fazla tercih edilmesi, çevresel sürdürülebilirlik gibi konularda bilgi edinme alışkanlıklarını yansıtır. Deveci ve ark.'nın (80) çalışmalarında da bu eğilimin genç nesil gruplarında daha yaygın olduğu görülmektedir. Ancak bu durum, bilginin doğruluğu ve güvenilirliği açısından riskler barındırabilir.

Çalışmamızdaki hekimlerin yaş ortalaması ($49,90 \pm 7$) ve meslek deneyimleri, Çiftçi'nin (82) çalışmasındaki hekimlere kıyasla daha yüksek. Çiftçi'nin (82) çalışmasında yaş ve meslek yılı arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı vurgulanmıştı. Çalışmamızda katılımcılar yaşça daha büyük ve daha deneyimli oldukları halde, iklim değişikliği konusundaki farkındalık oranları genç gruplar kadar yüksek değildi. Bu durum, genç hekimlerin eğitim müfredatlarında çevresel konulara daha fazla yer verilmesi ve dijital kaynaklara erişimdeki becerilerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir. Bu da çevresel sürdürülebilirlik konusundaki farkındalık ve bilgi düzeyini olumlu etkileyebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %65,4'ünün gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik ile ilgili bilgi sahibi olduğu ve %69,2'sinin karbon ayak izi konseptini duyduğu belirtilmiştir. Bu oranlar, Çiftçi'nin (82) çalışmasındaki aile hekimlerinin iklim değişikliğine yönelik bilgi düzeyinin yüksek olduğunu gösteren sonuçlarla paralellik göstermektedir ve çevresel farkındalık açısından olumlu bir göstergedir. Ancak bu oranın literatürdeki genç gruplardaki bilgi düzeyiyle kıyaslandığında daha düşük olduğu görülmektedir.

Literatürde genellikle daha genç yaş gruplarında yapılan çalışmalar, iklim değişikliği gibi güncel konularda bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Daha ileri yaş gruplarında bilgi ve farkındalık seviyelerinin nasıl değiştiğini anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2. Toplum Yönelimli Olma Bilgi Anketi

Çalışmamızda toplum yönelimli olma bilgi testi için KDT, acil durum ve afet yönetimi, BZBH, AİK, aşı kampanyaları ve toplum yönelimli olmanın prensiplerini yansıtan ilkeler olmak üzere altı alt başlık belirledik. Bu konu başlıkları ile ilgili literatür taranarak oluşturulan yirmi beş soruluk bilgi testini katılımcılara yönelttik.

Konu başlıklarını tek tek ele alındığında, katılımcıların en yüksek oranda (%86.1) doğru cevapladığı soruların AİK konusundan olduğunu saptandı. Buna karşın BZBH ile ilgili sorunların doğru cevaplama oranı sadece %38 idi. Bu da BZBH'nin sağlık profesyonelleri arasında daha az bilinen bir konu olduğunu desteklemektedir. Katılımcıların BZBH konusundaki düşük bilgi düzeyi hem çalışmamızda hem de Alışkın (83) ve Topal'ın (84) bulgularında ortak bir problem olarak göze çarpmaktadır. Bu durum, BZBH konusunda daha hedefli eğitimlerin gerekliliğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda ise %96,2'sinin eğitim almış olmasına rağmen, doğru bilme oranlarının %38 gibi düşük bir seviyede kalması, eğitimin içeriği ve uygulamaya yönelik etkinliğinin sorgulanmasını gerektirir. Eğitimin etkili bir şekilde verilmemiş ya da pratikte yeterince pekiştirilmemiş olması ile açıklanabilir. Eğitim almış katılımcı oranının oldukça yüksek (%96,2) olması, bilgi eksikliğinin yalnızca eğitim almama ile açıklanamayacağını göstermektedir. Bu fark, eğitimin içeriği, katılımcıların eğitime aktif katılımı, eğitimlerin güncelliği ve uygulama yeterlilikleri gibi faktörlerin önemini ortaya koymaktadır.

“D Grubu BZBH’nin ASM bildirimi” ve “Canlı aşılar da rapel doz gerekliliği” gibi prosedüre dayalı soruların en çok yanlış yanıtlananlar arasında olması, sahada uygulamaya yönelik eksiklikleri vurgulamaktadır.

Çalışmamızda “Yeni bildirimi zorunlu hastalıklar listesi” ve “D Grubu BZBH’nin ASM bildirimi” sorularının en çok "bilgim yok" olarak yanıtlanması, bildirim e yönelik bilgi eksikliğinin eğitim programlarında odaklanması gereken bir alan olduğunu göstermektedir. Alışkın (83) ve Topal’ın (84) çalışmalarında bildirim e ilişkin prosedürlerin ve aşı programlarının katılımcılar tarafından yeterince bilinmediği vurgulanmıştı. Çalışmamızda da benzer bulgular elde edildi. Özellikle prosedür bilgisinin zayıf olması sahada yapılacak eğitimlerin içeriğinin yeniden gözden geçirilmesini gerekliliğini ve eğitimin teorik bilgiden öteye geçemediğini, pratik ve prosedür odaklı bir eğitim programına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

3. Toplum Yönelimli Olma Tutum Anketi

Çalışmamızda katılımcılara literatür taranarak ve oluşturulan 22 sorudan oluşan toplum yönelimli olma tutum testini katılımcılara yönelttik. Sorulan 22 tutum önermesinin 21’i olumlu tutum soruları iken 1 önerme (14. önerme) olumsuz tutum önermesidir.

Çalışmamızda katılımcı hekimlerin %90,4’ü “Ne sebeple başvurmuş olursa olsun bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere tüm bireylerin aşılama durumu kontrol edilmelidir” önermesine katılmıştır. Bu yüksek oran, koruyucu sağlık hizmetlerinin aile hekimleri arasında önemsendiğini ve aşılamanın temel bir sağlık hizmeti olarak görüldüğünü göstermektedir. Literatürde de aile hekimlerinin aşılama e yönelik olumlu tutumları vurgulanmıştır.

Benzer şekilde, toplum sağlığına yönelik duyarlılığı ifade eden “Hastaların sağlık durumunu değerlendirirken, toplumun epidemiyolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır” ve “Aile hekimleri üzerilerine yeni kayıt olan bireylerin tıbbi kayıtlarını incelemelidir” önermelerine %88,5 oranında katılım sağlanmıştır. Bu bulgu, bireysel sağlık hizmetlerinin ötesinde toplumsal sağlığı koruma bilincinin gelişmiş olduğunu işaret etmektedir.

Çalışmamızda “Hastalar antibiyotik konusunda ısrar edince viral enfeksiyonlarda da antibiyotik yazılabilir” önermesine katılmadığı görülmüştür. Bu bulgu, Çöplü ve ark.’nın (85) çalışmasındaki (%86,7) sonuçlarla uyumludur. Ancak, hasta ısrarı nedeniyle antibiyotik yazan

hekimlerin oranının farklı çalışmalarda değişiklik göstermesi, hasta-hekim ilişkilerinin dinamiklerini ve sağlık çalışanlarının maruz kaldığı baskıları yansıtmaktadır. Ayhan'ın (86) çalışmasında, şiddet veya hasta memnuniyetsizliği gibi sebeplerle antibiyotik yazan hekim oranlarının görece yüksek olması, bu konuda sistematik müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların “Hekimler hastalar ile ilgili klinik kararlar verirken klinik deneyimleri, bilimsel kanıtların yanı sıra hastaların değer yargıları ve tercihlerini de göz önünde bulundurmalıdır” önermesine %13,5 oranında katılmama durumu, bazı hekimlerin hasta merkezli yaklaşımı yeterince benimsemediğine işaret etmektedir. Bu durum, Görgün'ün (87) çalışmasında hastaların tedavi süreçlerine katılımını destekleyen sonuçlarla kısmen uyumlu olmakla birlikte, klinik karar verme sürecindeki zaman kısıtlamaları, hasta beklentilerinin yönetimi gibi pratik zorluklar pratik zorluklar nedeniyle farklılaşabilir.

Çalışmamızda katılımcıların “Aile hekimleri üzerilerine kayıtlı bireyler kendilerine başvurmasalar bile, onlara ulaşım takiplerini yapmalıdır” önermesine %13,5 oranında katılmama durumu, mevcut iş yükü ve zaman kısıtlamalarının hekimlerin bu tür takipleri gerçekleştirmesini zorlaştırabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, aile hekimlerinin birey temelli takibin yanı sıra toplum temelli yaklaşıma odaklanması gerektiğini ancak sistemin mevcut koşullarının bu durumu kısıtladığını ortaya koymaktadır.

Çalışmamız, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ve toplum sağlığı konularında genel olarak olumlu tutumlara sahip olduğunu, ancak iş yükü, hasta-hekim ilişkileri ve sistemik zorluklar nedeniyle bazı önerilere katılmadıklarını göstermektedir. Bu bulgular, aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi ve hekimlerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi için öneriler geliştirilmesini desteklemektedir. Ancak, literatürle kıyaslama eksikliği ve katılımcı sayısının sınırlı olması, çalışmanın genelleştirilebilirliğini kısıtlamaktadır. Gelecekte daha kapsamlı ve karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

4.Karşılaştırmalı Analizler

Cinsiyet İle Toplum Yönelimli Olma Bilgi Ve Tutum Düzeyi Arasındaki İlişki

Toplum yönelimi, halk sağlığı çalışmalarında kritik bir rol oynamakta olup, bu yönelimi yüksek olan hekimler, sadece bireysel hasta sağlığına değil aynı zamanda toplumsal sağlık

sorunlarına da çözüm üretmeyi amaçlamaktadır. Bu bakımdan çalışmada elde edilen veriler yardımıyla katılımcıların cinsiyet, ünvan, mesleki tecrübe, KDT hakkında bilgi sahibi olma durumu bağımsız değişkenleri ile toplum yönelimli olma bilgi ve tutum düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Çalışmamızda erkek katılımcıların yaş, toplam mesleki deneyim süresi, mobil nüfusa hizmet verme oranı ve pratisyen aile hekimi olma oranlarının kadın katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulgular, cinsiyetin mesleki deneyim ve görev alanları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre daha uzun mesleki deneyime sahip olmaları, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetlerinde farklı roller üstlenmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Mobil hizmet oranlarının erkek katılımcılarda daha yüksek olması, erkeklerin daha fazla kırsal veya zor koşullarda çalıştığını gösterebilir. Literatürde bu konuyla ilgili yeterli çalışma olmaması, bulgularımızın değerlendirilmesinde bir sınırlılık oluşturmıştır.

Erkek katılımcılar arasında KDT (kanıta dayalı tıp), acil durum ve afet yönetimi, bildirim zorunlu hastalıklar ve aşı kampanyalarına yönelik bilgileri aile hekimliği uzmanlık eğitiminde alma oranlarının kadınlardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Erkeklerin daha yüksek oranda pratisyen aile hekimi olması bu farklılığı açıklayabilir. Ancak bilgi kaynaklarına erişimde cinsiyete bağlı farklılık olmaması, kadın ve erkek hekimlerin genel bilgi düzeylerinde eşitlik sağlandığını göstermektedir.

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) ile ilgili doğru cevaplanan soru sayısı açısından erkek hekimlerin kadın hekimlere göre daha yüksek bir bilgi düzeyine sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu, erkeklerin daha uzun mesleki deneyim sürelerine sahip olmasıyla ilişkilendirilebilir. Literatürde AİK bilgi düzeyi ile cinsiyet arasındaki ilişkiye dair doğrudan bir çalışma bulunmamakla birlikte, mesleki deneyim süresinin AİK farkındalığını artırdığına dair sonuçlar göz önüne alındığında bu bulgu anlamlıdır.

Toplum sağlığına yönelik tutum ve bilgi düzeyleri açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, genel toplum sağlığı eğilimlerinin cinsiyet temelinde homojen olduğunu göstermektedir. Kadın ve erkek hekimlerin toplum sağlığına yönelik benzer tutum sergilemeleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum temelli yaklaşımın yaygın ve etkin bir şekilde benimsendiğini işaret etmektedir. Literatürde de cinsiyet farkı gözetmeksizin toplum sağlığı yöneliminin sağlık çalışanları arasında güçlü bir

şekilde yerleştiği belirtilmiştir. Ancak, bireysel farklılıkların, hizmet verilen bölgelerin özelliklerinin ve hekimlerin mesleki geçmişlerinin bu tutumlara etkisi olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Çalışmamızın bulguları, cinsiyetin belirli bilgi ve beceri alanlarında (örneğin, AİK) farklılık yaratabileceğini, ancak toplum sağlığına yönelik genel yaklaşımı etkilemediğini göstermektedir. Erkeklerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeyinin daha yüksek olması, daha uzun mesleki deneyimle açıklanabilir.

Toplum yönelimli sağlık hizmetleri, bireysel hasta bakımının ötesinde toplumun sağlık sorunlarını çözmeyi amaçlayan bir yaklaşım sunmaktadır. Çalışmamızda, katılımcıların toplum yönelimli bilgi ve tutum düzeyleri cinsiyet farkı gözetmeksizin benzer bulunmuş ve bu durum sağlık hizmetlerinde cinsiyet temelli eşitliğin sağlanabildiğini göstermiştir.

Bu bulgular, birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşitlikçi bir temelde geliştirilmesi ve mesleki bilgi ve becerilerin cinsiyet gözetilmeksizin artırılmasına yönelik stratejilerin önemini vurgulamaktadır.

Mesleki Ünvan İle Toplum Yönelimli Olma Bilgi Ve Tutum Düzeyi Arasındaki İlişki

Çalışmamızda, pratisyen ve uzman aile hekimleri arasında ASM sınıfı, kayıtlı hasta sayısı, günlük çalışma süresi, günlük bakılan hasta sayısı, mobil nüfusa hizmet verme oranı, ev ziyareti ile takip oranı ve aylık ev ziyareti sayısı gibi parametrelerde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, hem pratisyen hem de uzman aile hekimlerinin benzer iş yükü ve çalışma koşullarına sahip olduğunu ve topluma hizmet sunumunda ortak bir temel üzerinde çalıştıklarını göstermektedir.

Pratisyen aile hekimlerinin yaş ortalaması, toplam mesleki hizmet süresi ve erkek hekim oranı, uzman aile hekimlerine göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0.05$). Bu durum, pratisyen aile hekimlerinin genellikle uzun yıllar boyunca mesleklerini sürdürdüklerini ve uzmanlık eğitimi almayı tercih etmeyen daha tecrübeli bir grup oluşturduğunu göstermektedir. Literatürde benzer şekilde, uzmanlık eğitiminin genellikle kariyerin daha erken dönemlerinde tercih edildiği belirtilmektedir. Erkek hekim oranının pratisyen grupta daha yüksek olması ise cinsiyetin mesleki eğilimler üzerindeki etkisini incelemeye değer bir konu olarak öne çıkmaktadır.

Pratisyen hekimlerin, toplum sağlığıyla ilgili bazı konularda (örneğin, acil durum ve afet yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, gezegen sağlığı) uzman hekimlere kıyasla daha fazla oranda tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi dışındaki kaynaklardan bilgi aldıkları bulunmuştur. Bu bulgu, pratisyen hekimlerin bilgi eksikliklerini gidermek için alternatif bilgi kaynaklarına yöneldiklerini göstermektedir. Özellikle kanıta dayalı tıp (KDT) ve acil durum yönetimi gibi konularda pratisyen hekimlerin eğitim ihtiyacının yüksek olması, sürekli mesleki gelişim programlarının önemini vurgulamaktadır. Uzmanlık eğitimi dışında bilgi edinme oranının yüksek olması, pratisyen hekimlerin mesleki bilgiye erişimde aktif bir tutum sergilediklerini işaret etmektedir. Bu noktada, pratisyen hekimlerin mesleki gelişimlerini desteklemek için düzenlenecek hedefe yönelik eğitim programlarının faydalı olacağı düşünülmektedir. Örneğin, acil durum yönetimi, gezegen sağlığı ve akılcı ilaç kullanımı gibi konulara özel eğitim modüllerinin oluşturulması, hekimlerin mesleki bilgi düzeylerini artırabilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir. Bu öneriler, literatürde pratisyen hekimlerin sürekli eğitim ihtiyacının vurgulandığı çalışmaları destekler niteliktedir.

Pratisyen ve uzman aile hekimleri arasında toplum yönelimli bilgi ve tutum düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, toplum sağlığı bilincinin hem pratisyen hem de uzman hekimler arasında ortak bir değer olarak kabul edildiğini göstermektedir. Literatürde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelinde koruyucu sağlık hizmetlerinin yer aldığı ve toplum sağlığı bilincinin tüm aile hekimleri tarafından benimsendiği belirtilmektedir. Çalışmamızın sonuçları da bu görüşle örtüşmektedir.

Mesleki unvan farkı, bilgi kaynakları ve bilgilere nasıl erişildiği konusunda farklılıklar yaratmakla birlikte, genel toplum yönelimli olma tutumunda bir farklılık oluşturmamaktadır. Bu durum, toplum sağlığına yönelik tutumun meslek unvanından bağımsız bir şekilde benimsendiğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel hedefleriyle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, toplum sağlığı yönelimli tutumun hem pratisyen hem de uzman aile hekimleri arasında yaygın olduğunu, ancak bilgi edinme yöntemlerinde farklılıklar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, pratisyen hekimlerin sürekli mesleki gelişim ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artırmada önemli bir adım olacaktır. Aynı zamanda, uzmanlık eğitimi süreçlerinin de sürekli mesleki gelişim fırsatlarıyla desteklenmesi, toplum sağlığı yönelimli hizmet sunumunun daha da güçlenmesine katkı sağlayabilir.

Bu bulgular, toplum sağlığı bilinci ve s¼rekli mesleki eğitim arasındaki ilişkinin ¼nemini vurgulamakta ve bu alanlarda yapılacak m¼dahalelerin hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmada etkili olacağını g¼stermektedir.

Hekimlik S¼resi ile Toplum Y¼nelimli Olma Bilgi Ve Tutum D¼zeyi Arasındaki İlişki

Toplam hekimlik s¼resi 25 yıldan fazla olan grupta bazı temel konularda (¼rneđin KDT ve ¼evresel s¼rd¼r¼lebilirlik) aile hekimliği uzmanlık eğitimi dışında diğer kaynaklara y¼nelim daha fazla g¼r¼lm¼řt¼r. Bunun olası bir nedeni, uzun s¼redir meslekte olan hekimlerin g¼ncel bilgiler i¼in s¼rekli olarak ek kaynaklara y¼neltmeleridir. Bu gruptaki hekimlerin uzmanlık eğitimini daha ¼nceki yıllarda almış olmaları da, bilgilerini g¼ncellemek i¼in yeni kaynaklara başvurmalarını gerektirebilir. Ayrıca, tıp eğitiminin yenilenen m¼fredatları ve g¼ncellenmiř eğitim i¼erikleri d¼ř¼n¼ld¼đ¼nde, eski mezunların yeni mezunlara g¼re daha az resmi eğitim almış olmaları da bu eğilimi a¼ıklayabilir.

Bu farklılıklar, meslekte uzun s¼redir ¼alıřan hekimlerin s¼rekli eğitim ve bilgi g¼ncelleme ihtiya¼larının daha y¼ksek olduğunu g¼stermekte ve ¼zellikle kıdemli hekimler i¼in s¼rekli mesleki eğitim programlarının ¼nemini vurgulamaktadır.

Meslek deneyimi s¼resinin toplum y¼nelimli bilgi puanlarının artırmaması dikkat ¼ekicidir. Toplam hekimlik s¼resi 25 yıl ve ¼zeri olan hekimlerin toplum y¼nelimli bilgi testi puanları a¼ısından daha gen¼ meslektaşlarından farklılık g¼stermemesi, toplum y¼nelimli bilincin deneyimle artmadığını; bu bilincin mesleğe girişten itibaren benzer seviyede olduğunu g¼stermektedir. Bu bulgu, toplum y¼nelimli bilincin sadece teorik d¼zeyde değil, pratikte uygulamaya d¼n¼řmesi gerektiğini ortaya koyar. Eğitim programlarında bu bilincin s¼rd¼r¼lebilir kılınması i¼in s¼rekli farkındalık ve pratiğe y¼nelik ara¼lar sunulmalıdır.

¼alıřmamızda deneyimli hekimlerin aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ¼evresel s¼rd¼r¼lebilirlik gibi konularda daha d¼ř¼k bilgi alma oranlarına sahip olması, daha deneyimli hekimlerin bu konularda bilgi g¼ncellemeye daha az eğilim g¼sterebildiđini d¼ř¼nd¼rmektedir. Deneyimli hekimlerin ¼evresel s¼rd¼r¼lebilirlik gibi g¼ncel konularda bilgi eksikliği, birka¼ olası nedene dayandırılabilir: Bu hekimler, genellikle hasta bakımına ve akut tıbbi sorunlara odaklanma eğiliminde olup, ¼evresel s¼rd¼r¼lebilirlik gibi daha geniş kapsamlı konular, g¼nl¼k pratik i¼inde d¼ř¼k ¼ncelikli olarak g¼r¼lebilir. Bu konuların daha ¼nceki eğitim

müfredatlarında yer almaması, bilinç ve ilgi eksikliğine yol açmış olabilir. Ayrıca deneyimli hekimler, yeni konseptlere adapte olmakta zorlanabilir ya da bu konuların önemini mesleki uygulamalara yansıtmakta gecikebilir. Bu bağlamda sürekli eğitim programlarına katılım, kıdemli hekimlerin mesleki itibarlarını sürdürmelerine ve meslek içindeki rollerini güncel bilgilerle desteklemelerine olanak tanır.

Kanıtı Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanma İle Toplum Yönelimli Olma İlişkisi

Kanıtı dayalı tıp uygulamalarını kullanan hekimlerin toplum yönelimi bilgi ölçeğindeki puanlarının anlamlı derecede daha yüksek çıkması, KDT uygulamalarının kanıtı dayalı bilgilerle çalışmaya yönlendirici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu durum, KDT'nin bilgiye dayalı, nesnel karar verme sürecini destekleyerek hekimlerin mesleklerinde daha bilinçli bir toplum hizmeti sunmalarını sağladığını düşündürmektedir.

Gezegen Sağlığı Ve Çevresel Sürdürülebilirlik Konusunda Bilgi Sahibi Olma İle Toplum Yönelimli Olma İlişkisi

Çalışmanızda gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik hakkında bilgi sahibi olan aile hekimlerinin, toplum yönelimli olma konusunda daha olumlu bir tutuma sahip olduğu görüldü.

Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik konularına hakim olan hekimlerin, bu bilgi birikiminin etkisiyle toplumsal sorumluluk ve yönelim konusunda daha duyarlı olabileceği düşünülebilir. Bu durum, eğitimin ve farkındalık artırma çalışmalarının, hekimlerin toplumsal rollerini güçlendirme üzerindeki önemini vurgulamaktadır.

Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik konuları toplum sağlığıyla doğrudan bağlantılı bir konudur ve hekimler, çevresel sorunların halk sağlığı üzerindeki etkilerini fark ettiklerinde, bu konuların toplum sağlığındaki önemini daha fazla benimseyebilir ve toplum yönelimli sağlık uygulamalarını destekleme eğilimi gösterebilir. Bu bağlamda, bilgi sahibi olan grubun daha yüksek ölçek puanına sahip olması anlamlıdır.

Çalışmanın Güçlü Yanları

Aile hekimlerinin toplum yönelimli olma konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendiren ilk çalışmadır: Çalışmada ele aldığımız toplum yönelimli olma alt başlıklarının her birini ayrı ayrı araştıran bir çok araştırma vardır, fakat konuyu hepsini bir bütün olarak ele alan ilk çalışma olması ile değer taşımaktadır. Çalışma kesitsel nitelikte olup, tamamlanma yüzdesinin yüksek olması nedeniyle bulgular Edirne merkez ASM’lerde çalışan aile hekimleri için genellenebilir özelliktedir.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışma verileri beyana dayalı olup gerçek uygulamadan ziyade, katılımcıların araştırmacıların duymak istediğini düşündüklerini yansıtabilir. Anketimizin sadece Edirne il merkez ASM’lerinde çalışan aile hekimlerine uygulanmıştır, bu yüzden bu çalışma Türkiye’deki tüm aile hekimlerini temsil etmeyebilir. Kullandığımız ankette yer alan, hekimleri toplum yönelimli olma bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan sorular literatür taranarak oluşturulmuştur, güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek değildir. Ayrıca ankette yer alan soru sayısının fazla olması araştırmanın kısıtlılıklarındandır.

SONUÇLAR

Edirne il merkezinde bulunan aile sağlık merkezlerinde çalışmakta olan aile hekimlerinin toplum yönelimli olma bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı:

1. Pratisyen ve uzun zaman önce mezun olan hekimlerin özellikle KDT ve çevresel sürdürülebilirlik gibi güncel konularda sürekli hizmet içi eğitim programlarıyla desteklenmesinin toplum yönelimli olmaya önemli katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.
2. Sağlık Bakanlığı, veri tabanlarına ücretsiz erişim sağlayarak hekimlerin KDT uygulamalarını kullanmalarını teşvik ederek, nesnel ve kanıta dayalı karar süreçlerini destekleyebilir.
3. Sağlık politikaları ve planlamalarında, çevresel sürdürülebilirlik unsurları birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilerek, aile hekimlerinin toplumsal sağlık yönelimlerini güçlendirebilir. Ayrıca gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik konularındaki bilgi düzeyi ile toplum yönelimli tutumlar arasındaki ilişkinin nedensel yönünü incelemek için daha geniş örneklemelerle yapılacak araştırmalar teşvik edilmelidir.
4. Hekimlerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri düşük olup, bildirimle ilişkin prosedürlerin bilinmemesi halk sağlığı açısından risk oluştırmaktadır. BZBH bildirim oranlarını artırmak için pratik ve kullanıcı dostu prosedürler

geliştirilmelidir. Eğitimler, prosedür odaklı ve uygulamalı olacak şekilde yeniden tasarlanmalıdır.

5. Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezleri ile sınırlı olan bu çalışmanın, Türkiye geneline yönelik genelleme yapma açısından bir kısıtlılığı bulunmaktadır. Ayrıca, hekimlerin toplum yönelimli bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlayan anket soruları literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. İlerleyen süreçte, bu soruların Türkiye genelinde daha geniş bir örneklem grubuyla gerçekleştirilecek bir çalışmada ölçek haline dönüştürülmesi planlanmaktadır. Böylece, aile hekimlerinin toplum yönelimli bilgi ve tutumlarının daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Toplum yönelimi, halk sağlığı çalışmalarında kritik bir rol oynamakta olup, bu yönelimi yüksek olan hekimler, sadece bireysel hasta sağlığına değil aynı zamanda toplumsal sağlık sorunlarına da çözüm üretmeyi amaçlamaktadır. Edirne il merkezi aile sağlık merkezlerinde görev yapan aile hekimleri üzerinde yaptığımız bu çalışma, konu ile ilgili birinci basamakta toplum yönelimli olma hakkındaki farkındalığın artmasına olumlu yönde katkısı olacağı kanaatindeyiz.

ÖZET

Bu çalışmada, Edirne il merkezindeki aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunumunda toplum yönelimli olma yaklaşımına dair bilgi ve tutumları incelenmiştir. Araştırma, aile hekimlerinin toplum yönelimli olma ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarının, sosyodemografik özellikleri, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve çevresel sürdürülebilirlik gibi faktörlerle ilişkilendirilerek değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Çalışmanın amacı, hekimlerin toplum sağlığına katkıda bulunmalarını sağlamak ve bu alandaki farkındalıklarını artırmaktır.

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışma, Edirne il merkezindeki aile sağlık merkezlerinde çalışan 52 aile hekimiyle gerçekleştirildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri, toplum yönelimli olma ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumları, anket yardımıyla toplandı. Veriler, aile hekimlerinin genel sağlık hizmeti sunumundaki deneyimlerini ve toplum sağlığına olan katkılarını anlamak amacıyla analiz edildi.

Çalışmamıza 27'si (%51,9) kadın, 25'i (%48,1) erkek, toplam 52 doktor katıldı. Katılımcıların ortalama yaşı $49,90 \pm 7$ iken yaş ortalaması erkeklerde $52,48 \pm 6,51$ kadınlarda ise $47,51 \pm 6,61$ olduğu belirlendi. Katılımcıların 38'i (%73,1) pratisyen aile hekimi ve 14'ü (%26,9) uzman aile hekimiydi. Uzman hekimlerin yaş ortalaması $44,06 \pm 8,2$; pratisyenlerin $51,8 \pm 5,4$ idi. Aile hekimleri ortalama $24,5 \pm 7,6$ (min:8, max:35, medyan:25,5) yıldır hekimlik; $13,2 \pm 4,9$ (min:4, max:19, medyan:16,00) yıldır aile hekimliği yapmaktaydı. Hekimlerin 26'sının toplam hekimlik süresi 25 yıldan fazla olduğu saptandı.

Araştırma bulguları, aile hekimlerinin toplum yönelimli olma konusunda bilgi düzeylerinin, özellikle kanıta dayalı tıp ve çevresel sürdürülebilirlik gibi konularda önemli

ölçüde değişiklik gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, pratisyen hekimlerin, toplum sağlığı konularında uzman hekimlerden daha fazla bağımsız kaynaklardan bilgi edinme eğiliminde oldukları saptanmıştır. Meslek süresi 25 yıl ve üzeri olan hekimler ise sürekli eğitim ihtiyacı doğrultusunda, güncel konularla ilgili kaynaklardan daha fazla faydalanmaktadır.

Kadın hekimlerin, meslek dışı sorumluluklar nedeniyle akılcı ilaç kullanımı gibi konularda erkek hekimlerden daha düşük bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, hekimlerin afet yönetimi ve bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgi eksiklikleri, halk sağlığı açısından önemli bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, toplum yönelimli olma bilgisi ve tutumu, aile hekimlerinin sağlık hizmeti sunumunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, aile hekimlerinin toplum sağlığına yönelik farkındalıklarının artırılması ve sürekli eğitim programlarının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çalışmamız sınırlı bir coğrafî alanda yapılmış olup, Türkiye genelinde daha geniş çaplı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, toplum yönelimli sağlık, kanıta dayalı tıp, çevresel sürdürülebilirlik, halk sağlığı, eğitim programları

THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF FAMILY PHYSICIANS IN EDIRNE CITY CENTER REGARDING COMMUNITY ORIENTATION

SUMMARY

This study examines the knowledge and attitudes of family physicians in the central district of Edirne regarding the community-oriented approach in healthcare delivery. The research aims to evaluate the knowledge levels and attitudes of family physicians toward community orientation in relation to sociodemographic characteristics, evidence-based medical practices, and environmental sustainability. The goal of the study is to enhance physicians' contributions to public health and raise awareness in this area.

This cross-sectional and descriptive study was conducted with 52 family physicians working in family health centers in the central district of Edirne. Participants' sociodemographic data, knowledge levels, and attitudes toward community-oriented healthcare were collected using a questionnaire. The data were analyzed to understand the physicians' experiences in general healthcare delivery and their contributions to community health.

A total of 52 physicians participated in the study, 27 (51.9%) of whom were female and 25 (48.1%) male. The mean age of the participants was 49.90 ± 7 years. The average age was 52.48 ± 6.51 for males and 47.51 ± 6.61 for females. Among the participants, 38 (73.1%) were

general family physicians, while 14 (26.9%) were specialist family physicians. The average age of specialist physicians was 44.06 ± 8.2 years and that of general practitioners was 51.8 ± 5.4 . The family physicians had been practicing medicine for an average of 24.5 ± 7.6 years (min: 8, max: 35, median: 25.5) and working as family physicians for an average of 13.2 ± 4.9 years (min: 4, max: 19, median: 16.00). It was found that 26 of the physicians had been practicing medicine for more than 25 years.

The findings revealed significant variations in family physicians' knowledge of community-oriented care, particularly regarding evidence-based medicine and environmental sustainability. General practitioners were found to be more inclined than specialists to seek information from independent sources on community health topics. Physicians with 25 or more years of professional experience made greater use of current resources to meet their ongoing educational needs.

Female physicians were found to have lower levels of knowledge on topics such as rational drug use, which was attributed to non-professional responsibilities. Moreover, deficiencies in physicians' knowledge about disaster management and infectious diseases were identified as significant risk factors for public health.

In conclusion, knowledge and attitudes regarding community orientation play a critical role in the delivery of healthcare services by family physicians. The results of this study highlight the need to increase family physicians' awareness of community health and to strengthen continuous education programs. Since the study was conducted in a limited geographic area, it is recommended that broader research be conducted across Turkey.

Keywords: Family medicine, community-oriented healthcare, evidence-based medicine, environmental sustainability, public health, education programs.

KAYNAKLAR

1. Gray DP. Continuing education for general practitioners. J R Coll Gen Pract [Internet]. 1980;30(218):570–4. Available from: <https://bjgp.org/content/bjgp/30/218/570.full.pdf>
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract [Internet]. 2002 Jun;52(479):526–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12051237>
3. World Health Organization Regional Office for Europe. Draft charter for general practice/family medicine in Europe. 1998;5–8.
4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. Bmj. 2000;320(7231):354–7.
5. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Eur Acad Teach Gen Pract [Internet]. 2005;1–11. Available from: <http://www.aile.net/sunum/dersnot/fame/module1/pres1/pres1europeandef.pdf>
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European definition of General Practice/ Family Medicine - WONCA Europe 2023 Edition. 2023;1–36.
7. RE. R. The Family Physician. Textbook of Family Practice'de 5'h Edition (Ed) Rakel RE. W.B.Saunders Company. 5th ed. Philadelphia; 1995.
8. WONCA. The European definition of general practice 2011 [Internet]. 2011. p. 1–33. Erisim Tarihi: [09.08.2024]. Available from: <http://www.woncaeurope.org/>

9. WONCA World organization of family doctors. WONCA In Brief [Internet]. Erisim Tarihi: [24.09.2024]. Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/brief.aspx>
10. WONCA Europe. The European definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Eur Off Publ. 2002;4–6, 7–43.
11. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Turk J Fam Prac 2011;4:1–48.
12. Windak A, Rochfort A, Jacquet J. The revised European Definition of General Practice/Family Medicine. A pivotal role of One Health, Planetary Health and Sustainable Development Goals. Eur J Gen Pract [Internet]. 2024;30(1):1–3. Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2024.2306936>
13. One Health Commission. What is One Health? [Internet]. 2024. Erisim Tarihi: 09.09.2024 Available from: https://www.onehealthcommission.org/en/why_one_health/what_is_one_health/
14. Editorial: A new approach for cancer primary care in England. Lancet 2015; 386(9988):1.
15. United Nations. 17 Goals to Transform Our World [Internet]. 2023. Available from: <https://www.un.org/en/climatechange/17-goals-to-transform-our-world>
16. DSÖ, 2021 "İklim Eylemi için Sağlık Argümanı" Özel Raporu'nda, "İklim değişikliği, insanlığın karşı karşıya olduğu en büyük sağlık tehdididir" ifadesine yer verdi [Alıntı Tarihi: 21 Ekim 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036727>.
17. Health Care Without Harm Europe. Manifesto for a Sustainable Healthcare System and Healthier EU Citizens Erişim Tarihi:04.11.2024 <https://europe.noharm.org/news/manifesto-sustainable-healthcare-system-and-healthier-eu-citizens>
18. healthforfuture-hamburg.org [Internet]. Hamburg: Klimabewusst im Praxisalltag Handbuch Grüne Praxen. Erisim Tarihi: [09.09.2024] Available From: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5021237>
19. Hale I, McKenzie A. Reducing healthcare waste by eliminating exam table paper in a primary care practice: a sustainable quality improvement initiative. BMJ open quality, 13(4), e002838. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002838>
20. Lenihan P, Iliffe S. Community-oriented primary care: a multidisciplinary community-

- oriented approach to primary care? *J Community Appl Soc Psychol* [Internet] 2001 Jan;11(1):11–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/casp.605>
21. Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitimi Referans Notları. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara. 2000:205-7.
 22. Kark SL, Abramson JH, Community oriented primary care: meaning and scope. In: Connor E MF, editor. *Community oriented primary care: new directions for health services delivery* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 1983. p. 21–7.
Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234632>
 23. Mullan F, Epstein L. Community oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* [Internet] 2002 Nov;92(11):1748–55. Available from: <https://doi.org/10.2105/ajph.92.11.1748>
 24. Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the Community oriented primary care model. *Int J Heal Serv* [Internet] 2003 Jan 1;33(1):85–98. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/40HL-U1B9-F7K7-KK64>
 25. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: three decades of service, research, and training in community-oriented primary care. *Am J Public Heal* [Internet]. 2002 Nov;92(11):1717–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12406791>
 26. Gofin J, Gofin R, Stimpson JP. Community-oriented primary care (COPC) and the affordable care act: an opportunity to meet the demands of an evolving health care system. *J Prim Care Community Heal* [Internet] 2015 Apr;6(2):128–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25351764>
 27. Williams RL, Borkan JM, Jones R. Community primary care. In: Jones, Britten, Culpepper, Gass G, Maint S, editors. *Oxford textbook of primary medical care*. Oxford and. Oxford University Press.; 2003. p. 19–22.
 28. Kok MC, Dieleman M, Taegtmeier M, Broerse JEW, Kane SS, Ormel H, et al. Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. *Health Policy Plan* 2015;30(9):1207–27.
 29. Cometto G, Ford N, Pfaffman-Zambruni J, Akl EA, Lehmann U, McPake B, et al. Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an

- abridged WHO guideline. *Lancet Glob Heal* [Internet] 2018;6(12):e1397–404. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30482-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30482-0)
30. Malatji H, Griffiths F, Goudge J. Community-orientated primary health care: exploring the interface between community health worker programmes, the health system and communities in South Africa. *PLOS Glob Public Heal* [Internet] 2023;3(2):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgph.0000881>
 31. Ates E, Set T. One of the family medicine core competencies: community-oriented Care. *Turkish J Fam Med Prim Care* 2015;1.
 32. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* [Internet] 2001;14(1):54–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11206694>
 33. Freeman T. Mc Whinney`in aile hekimliği. 4th ed. Gldal AD, editor. Adana: ukurova Nobel Tıp Kitapevi; 2017. 17–20 p.
 34. Reid S. Community-oriented primary care: the missing link. *African J Prim Heal Care Fam Med* 2010;2(1):1–2.
 35. Campos-Outcalt D. Public health and family medicine: an opportunity. *J Am Board Fam Pract* 2004;17(3):207–11.
 36. TAHUD Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği [Internet]. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT). Available from: <https://www.tahud.org.tr/page/euract>
 37. Carelli F. EURACT Educational Agenda: the way to implementation. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2008;2(1):20–1.
 38. Svab I, Bogrova I, Lember M, Szabo J, Baerheim A, Rrumbullaku L, et al. Community orientation. In: Heyrman J, editor. *The EURACT Educational Agenda General Practice/Family Medicine*. Council of the European Academy of Teachers in General Practice; 2005. p. 28–30.
 39. The European Definition of General Practice/Family Medicine. *WONCA Europe 2023 Edition* [cited 2023 October 21]. Available from: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf(open in a new window)
 40. [choosingwisely.org](https://www.choosingwisely.org/) [Internet]. A watershed moment in health care. [updated 2024 Nov 3]. Available from: <https://www.choosingwisely.org/>(open in a new window)
 41. Pathak N, Pollard KJ, McKinney A. Lifestyle medicine interventions for personal and

- planetary health: the urgent need for action. *Am J Lifestyle Med* 2022;16:589–593. doi:10.1177/15598276221090887.
42. Stoffers J, Muris J. Climate change is a health issue. The general practitioner and planetary health. *Eur J Gen Pract* 2023;29 (open in a new window)(1(open in a new window)):2277569. doi:10.1080/13814788.2023.2277569
 43. Umwelt Bundesamt, Europäische Kommission 2020 Erisim Tarihi: [09.09.2024] Available from: <https://www.umweltbundesamt.de/service/uba-fragen/wie-erkenne-ich-das-effizienteste-geraet-welches>
 44. umweltberatung-luzern.ch [Internet]. Luzern:Konsum, abfall und recycling. Erisim Tarihi: 10.09.2024. Available from: <https://umweltberatung-luzern.ch/themen/konsumabfall/konsum-im-alltag/reinigung-waschen>
 45. Tennison I, Roschnik S, Ashby B, Boyd R, Hamilton I, Oreszczyn T, u. a. Health care's response to climate change: a carbon footprint assessment of the NHS in England. *Lancet Planet Health* Februar 2021;5(2):e84–9.
 46. Nicolet J, Mueller Y, Paruta P, Boucher J, Senn N. What is the carbon footprint of primary care practices? A retrospective life-cycle analysis in Switzerland. *Environ Health* December 2022;21(1):1–10.
 47. Myrdal PB, Sheth P, Stein SW. Advances in metered dose inhaler technology: formulation development. *AAPS PharmSciTech* 2014;15(2):434–55.
 48. degam.de [Internet]. Leitlinien der DEGAM; Klimabewusste verordnung von inhalativen arzneimitteln. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Erişim Tarihi: 01.05.2024. Available from: <https://www.degam.de/leitlinien/fuer-aerzte/leitlinienuebersicht>
 49. Woodcock A, Rees J, Leather D, Frith L, Lofdahl M, Moore A, u. a. Change from MDI to DPI in asthma: effects on climate emissions and disease control. *Eur Respir J* 2021;58(suppl 65).
 50. Ram FSF, Wright J, Brocklebank D, White JES. Systematic review of clinical effectiveness of pressurised metered dose inhalers versus other hand held inhaler devices for delivering β 2agonists bronchodilators in asthma. *BMJ*.2021;323(7318):901.
 51. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
 52. McKibbin KA, Wilczynski NL, Hayward R, Walker-Dilks CJ, Haynes R. The medical

- literature as a resource for evidence-based care. The Medical Literature as a Resource for Health Care Practice. J Am Soc Inf Sci.1995;46,737-42.
53. Gambrill E. Evidence-based clinical practice, (corrected) evidence-based medicine and the Cochrane collaboration. J Behav Ther Exp Psychiatry 1999 Mar;30(1):1-14.
54. Worku T, Yeshitila M, Feto T, Leta S, Mesfin F, Mezmur H. Evidence-based medicine among physicians working in selected public hospitals in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Med Inform Decis Mak 2019;19(1):1–8.
55. Kutlu C. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Asistan Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Farkındalık Düzeyleri (tez). İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Hekimliği Anabilim Dalı;2021.
56. Saygılı M, Kaya S, Songur C, Özer Ö. Aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. SDÜ Sağlık Bilim Derg 2013;4(3):104–10.
57. Jousimaa J, Kunnamo L, Mäkelä M. Physicians' patterns of using a computerized collection of guidelines for primary care. Int J Technol Assess Health Care 1998;484-493.
58. Sayılır AG. Aile Hekimliği Asistanları, Aile Hekimleri ve Uzman Aile Hekimlerinin Online Kılavuz Kullanım Tutum ve Davranışları (tez). Ankara:Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016
59. Albarrak AI, Ali Abdurahim SA, Mohammed R. Evaluating factors affecting the implementation of evidence based medicine in primary healthcare centers in Dubai. Saudi Pharm J. 2014;22(3):207-212. doi:10.1016/j.jsps.2013.05.003
60. Ahmad AS, Al-Mutar NB, Al-Hulabi FA, Al-Rashidee ES, Doi SA, Thalib L. Evidence-based practice among primary care physicians in Kuwait. J Eval Clin Pract 2009; 15(6): 1125-1130
61. Chan GC, Teng CL. Primary care doctors' perceptions towards evidence-based medicine in Melaka State: a questionnaire Study. The Med J Malaysia 2005;60(2):130-33.
62. Akın L. Bulaşıcı hastalıkların önemi. Halk Sağlığı Temel Bilimler 3.S.1350-1353, Ankara,2015.
63. Eren N. Sağlık yönetimi mevzuatı. İstanbul: Beta Yayınları, 1984:270-2.
64. Cezaroğlu Y.M. Ankara İli Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Bilgi Düzeyi Ve Davranışları (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi;2016

65. Doyle TJ, Glynn MK, Groseclose SL. Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States: An analytical literature review. *Am J Epidemiol* 2002;155:866-874.
66. Durusoy R, Karababa AO. Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri bulaşıcı hastalıkları daha yüksek oranda bildiriyor. *Türk Hij Den Biyol Derg* 2010;67:1-12 .
67. Freedy JR and Simpson WM, Jr Disaster-related physical and mental health: a role for the family physician. *Am Fam Physician*, 2007;75(6):p.841-6.
68. Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasterthe current state of the literature: what we know, gaps and next steps. *Prehosp Disaster Med* 2011;26(3):184-191. doi:10.1017/S1049023X11006388
69. Yılmaz TE, Yılmaz T, Örnek Büken N, Özkara A, Altıntaş KH. Awareness of family physician residents of their roles in disaster health management: a cross-sectional study in Turkey. *Prim Heal Care Resear Devel.* 2020;21:e47. doi:10.1017/S146342362000047X
70. Pekez-Pavliško T, Račić M, Jurišić D. A questionnaire study on the attitudes and previous experience of croatian family physicians toward their preparedness for disaster management. *Bull Emerg Trauma.* 2018;6(2):162-168. doi:10.29252/beat-060211
71. World Health Organization. WHO Policy Perspectives On Medicines. Promoting Rational Use Of Medicines: Core Components. Sept 2002; Geneva, Switzerland. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf> (Erişim Tarihi: 14.06.2019).
72. Özkan M. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi Tutum Ve Davranışları (tez). Edirne:Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı;2019.
73. Sert N. İzmir İlinde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Almakta Olan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarını Değerlendirilmesi (tez). İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği;2021.
74. Saygılı M, Özer Ö. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg* 2015;18(1):35-46
75. Pilgir Ö. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri (tez).

- Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2017.
Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036727>.
76. Peköz Ö. Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları (tez). İzmir: Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2018.
77. T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı [Internet]. Ankara: Aşının Yararları. Erisim Tarihi: [09.11.2024]
Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi/genel-bilgiler/27-asinin-yararlari.html>
78. Tontak S. Karabük İlinde Görev Yapan Aile Hekimleri ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerinin Erişki Aşılması Farkındalığı (tez). Karabük: Karabük Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı;2024.
79. Özden M. Ankara Merkez İlçelerde Çalışmakta Olan Aile Hekimlerinin Çocukluk Çağı Rutin Aşı Uygulamaları Ve Aşı Tereddütüne Sahip Ebeveyne Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi (tez).Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı;2020.
80. Deveci SE, Kurt O, Pirinççi E, Oğuzöncül AF. Knowledge and awareness of a medical faculty students in Turkey about global warming, climate change and their consequences. J Hum Scien 2019;16(2):679–89.
Available from: <https://www.jhumansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/5587>
81. Ergin A, Akbay B, Özdemir C, Uzun SU. Medical faculty students' knowledge, attitudes and behavior about global warming and its health effects. Pam Tıp Derg 2017;10(2):172-180.
82. Çiftçi F.Aile Hekimlerinin İklim Değişikliğine Bakış Açıları ve Sağlık Üzerine Etkileri İle İlgili Bilgi Ve Duyarlılık Düzeylerinin Araştırılması (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2024.
83. Alışkın Ö. Antakya’ da Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumu, Hekimlerin Bildirim Konusundaki Bilgi ,Tutum ve Davranışları (tez). Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2015.
84. Topal S. Hatay İlinde 2009 Yılında İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tanısı Konulan A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumunun ve Bildirime Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi (doktora tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
85. Çöplü N, İlhan MN, Ciliv EF, Şenlik ZB, Ertek M. Aile hekimleri ve uzmanlar arasında

antimikrobiyallerin akılcı reçetelendirilmesi: tutum ve talepler. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2014;71.(1):19-26.

86. Ayhan R. Şanlıurfa İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Akılcı Antibiyotik Kullanımı Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışları (tez). Şanlıurfa: Harran Üniversitesi;2020.
87. Görgün M. Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı;2015.



EKLER

Ek-1: Anket Formu

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN TOPLUM YÖNELİMLİ OLMAYA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. MEHTAP TATLIOĞLU

DANIŞMAN: PROF. DR. AYŞE ÇAYLAN

Sayın katılımcı,

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Edirne il merkezinde çalışan aile hekimlerinin toplum yönelimli olmaya yönelik bilgi ve tutumlarının araştırılması amacıyla hazırladığımız anket çalışmasına katılmanızı rica ederiz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp, katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, **hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.**

Sosyodemografik sorular

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Ünvanınız:

- ☐ Pratisyen Aile Hekimi ☐ Uzman Aile Hekimi
4. Çalıştığınız ASM Grubu
☐ A ☐ B ☐ C ☐ D
5. Çalıştığınız birime kayıtlı kişi sayısı:
6. Hekim olarak toplam hizmet süreniz:.....Yıl
7. Aile hekimi olarak toplam hizmet süreniz:.....Yıl
8. Günlük ortalama çalışma süreniz:.....saat
9. Günlük ortalama baktığınız hasta sayısı:..... hasta
10. Mobil hizmet verdiğiniz size bağlı nüfusunuz var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
11. Üzerinize kayıtlı hastalardan immobil veya ASM ye gelemeyecek kadar yaşlı olan hastalarınızı ev ziyaretleriyle takip eder misiniz? Cevabınız ‘ EVET’ ise bir ayda ev ziyareti yaptığınız ortalama hasta sayısını lütfen noktalı yere rakamla belirtiniz.
☐ Evet, ...hasta ☐ Hayır
12. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını (KDT) günlük aile hekimliği pratiğinizde kullanıyor musunuz? (Cevabınız ‘Hayır’ ise 14. Soruya geçiniz.)
☐ Evet ☐ Hayır
13. Ne sıklıkla literatür taraması yapıyorsunuz?
☐ Haftada iki veya daha fazla
☐ Haftada birden az
☐ Ayda birden az
☐ İhtiyacım olduğunda
14. Aile hekimliği uygulamalarınızda bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık (BZBH) ile karşılaştınız mı? (Cevabınız ‘Hayır’ ise 19. soruya geçiniz.)
☐ Evet ☐ Hayır
15. BZBH için gerekli önlemleri aldınız mı? Cevabınız ‘evet ‘ ise aldığınız önlemlerden iki tanesini lütfen noktalı yere yazınız.
☐ Hayır
☐ Evet.....
16. Bugüne kadar en sık karşılaştığınız BZBH nedir, lütfen belirtiniz:.....
17. Karşılaştığınız her BZBH ile ilgili bildirimde bulundunuz mu? (Cevabınız ‘Evet’ ise 19. Soruya atlayınız)
☐ Evet ☐ Hayır
18. Neden bildirimde bulunmadınız? (lütfen açıklayınız):
19. ASM (Aile Sağlık Merkezi) yaşadığınız mahalle sınırları içerisinde mi?
☐ Evet ☐ Hayır
20. ‘Karbon ayak izi ‘ konseptini duydunuz mu?
☐ Evet ☐ Hayır
21. **Gezegen sağlığı ve çevresel sürdürülebilirlik** ile ilgili bilgilerinizi nerden edindiniz?
(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)
☐ Bilgi sahibi değilim.
☐ Tıp fakültesi
☐ Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

22. **Kanıtı dayalı tıp** ile ilgili bilgilerinizi nerden edindiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Bilgi sahibi değilim.
☐ Tıp fakültesi
☐ Aile hekimliği uzmanlık eğitimi
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

23. **Acil durum ve afet yönetimi** ile ilgili bilgilerinizi nerden edindiniz?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Bilgi sahibi değilim.
☐ Tıp Fakültesi
☐ Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

24. **Bildirimi zorunlu hastalıklar** ile ilgili bilgilerinizi nerden edindiniz?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Bilgi sahibi değilim.
☐ Tıp fakültesi
☐ Aile hekimliği uzmanlık eğitimi
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

25. **Akılcı ilaç kullanımı** ile ilgili bilgilerinizi nerden edindiniz?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Bilgi sahibi değilim.
☐ Tıp fakültesinde
☐ Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi esnasında
☐ Diğer (Lütfen eğitim aldığınız yeri/yerleri belirtiniz)

26. **Aşı kampanyaları** ile ilgili bilgilerinizi nerden edindiniz?

(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Bilgi sahibi değilim.
☐ Tıp Fakültesi
☐ Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

Aşağıda verilen tablo 1 da yer alan “Toplum yönelimli olma” ile ilgili ifadeleri doğru ya da yanlış olmaları açısından değerlendiriniz. Her ifade için sadece tek bir işaretleme yapabilirsiniz!

TABLO 1: “Toplum yönelimli olma” kapsamında **bilgi** sorular

		Doğru	Yanlış	Bilgi Yok
	TOPLUM YÖNELİMİ BİLGİ TESTİ			
Kanıt Dayalı Tıp	27. Meta analiz; aynı konudaki çalışmaların sonuçlarının sentezleyerek, tek bir doğru bilgi elde etmek için yapılan istatistiksel analiz yöntemidir.	X		
	28. Kohort çalışmaları kanıt dayalı tıp uygulamalarında; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sınıflamasına göre kanıt düzeyi en yüksek araştırmalardır.		X	
	29. Kanıt dayalı tıp uygulamalarında birinci basamak: problemle ilgili soru oluş turmaktır.	X		
Acil Durum ve Afet Yönetimi	30. Salgın hastalıklar afet tıbbı kapsamına girmez.		X	
	31. Afet tıbbı uygulamaları, afetzedelerin hastaneden taburcu olmasıyla son bulur.		X	
	32. Aile hekimi afet öncesinde halk eğitimi, afet planı, tıbbi lojistik hazırlığı yapar.	X		
	33. Aile hekimi acil durum ve afetlerde rutin birinci basamak sağlık hizmetleri vermeye mümkün olduğu oranda devam etmelidir.	X		
Bildirimi Zorunlu Hastalıklar	34. Yeni ‘bildirimi zorunlu hastalıklar listesi ‘ 51 Hastalık ve A, B,C,D,E olmak üzere 5 ana grupta toplanmıştır.		X	
	35. B Grubu hastalıklarının bildirimi, ülkemizdeki hangi sağlık kuruluşu tarafı ndan tespit edilmiş olursa olsun, bütün sağlık kuruluşlarınca tespit edildiği anda ihbarı zorunlu olan hastalıklardır.	X		
	36. D Grubu BZBH ın ASM bildirimi ‘ Form 016 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi’ ne işler, surveyans çalışmasını yapar, ayın ilk haftasında Form 017/A Grup D hastalık bildirim formu’ ile HSM ye gönderir.		X	
	37. A grubu hastalıklardan akut kanlı ishal salgın durumunda kişilerde görüldüğ ünde ivedi ihbarı söz konusudur.	X		
Akılcı İlaç Kullanımı	38. Akut tonsillifarenjit tanısında viral-bakteriyel kaynaklı enfeksiyon ayrımının yapılması gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçmek için gereklidir.	X		
	39. Antibiyotik direnci sadece antibiyotiği uygun olmayan biçimde kullanan kiş ide tehlike oluşturmaktadır.		X	
	40. Antibiyotik direnci; bir mikroorganizma türünün bazı suşlarının kullanılan antibiyotikten etkilenmemesi ya da antibiyotiğe karşı duyarlı bir suşun çeşitli mekanizmalarla dirençli hale gelmesi olarak tanımlanır.	X		
	41. Rinit hastalığının tedavisinde antibiyotik kullanımı sekonder enfeksiyonların başlamasını önlemek amacıyla başlanabilir.		X	
Aşı Kampanyaları	42. Aşı etkinliği, aşının, söz konusu hastalığı önleme yani hastalıktan koruma olasılığını ifade eder.	X		
	43. Canlı aşılarda zaman içinde antikor düzeyleri düştüğü için rapel (pekiştirme) dozu gerekir.		X	

44. Sıtma açısından endemik bölgeye seyahat edecek hastalara seyahat öncesinde kemoproflaksi önerilir.	X		
45. Yaşlılık döneminde özellikle yapılması önerilen üç aşı pnömokok, influenza ve herpes zoster aşılardır.	X		
46. Influenza aşısının beş yılda bir tek doz uygulanması önerilmektedir.		X	

47-51. sorular da veriler ifadelerden hangisi/hangileri, ‘Toplum yönelimli olma’ nın prensiplerini yansıtan **ilkelerden biridir?** Lütfen **uygun olan seçeneği (X)** ile işaretleyiniz.

47. Aile hekimliği polikliniğinin yerini eko-sorumluluk ile seçmek (düşük enerji tüketimi ve hatta - nötr tesisler (binalar/fasiliteler). **(X)**
48. Profesyonel tıbbi pratikte en az kirletici tarzı (mod’u) seçmek. **(X)**
49. Eldeki kaynakları kullanarak, bireylerin sağlık ihtiyaçları ile, içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını uzlaştırmak. **(X)**
50. Bireydeki akut ve kronik problemleri, multipl şikayetler ve patolojileri bir bütün içinde yönetmek. **()**
51. Gezegen sağlığının ihtiyaçlarına göre yaşayabilecek şekilde hastaların ve toplumun sağlık ihtiyaçlarını birleştirmek **(X)**

57. ile 73. soruları içeren aşağıdaki tabloda yer alan ifadeleri günlük aile hekimliği pratiğinizde uygulama durumunuzu dikkate alarak değerlendiriniz. Her soru için üç seçenekten **(1: Kesinlikle Katılıyorum, 2: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılmıyorum 5: Kesinlikle Katılmıyorum)** sizin için en uygun olan sadece bir tanesini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir.

TABLO-2: “Toplum yönelimli olma” kapsamında **tutum** soruları

52. Hastaların sağlık durumunu değerlendirirken, toplumun epidemiyolojik ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.	1	2	3	4	5
53. Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri kılavuzlarının önerilerini kendi uygulamalarında kullanmalıdırlar.	1	2	3	4	5
54. Hekimler hastalar ile ilgili klinik kararlar verirken klinik deneyimleri, bilimsel kanıtların yanı sıra hastaların değer yargıları ve tercihlerini de göz önünde bulundurmalıdır.	1	2	3	4	5
55. Aile hekimleri üzerlerine kayıtlı bireyler kendilerine başvurmasalar bile, onlara ulaşip takiplerini (tansiyon ölçümü, rutin muayeneler,aşılar vs) yapmalıdır.	1	2	3	4	5
56. Aile hekimleri üzerlerine yeni kayıt olan bireylerin tıbbi kayıtlarını incelemelidir.	1	2	3	4	5
57. Ne sebeple başvurmuş olursa olsun bebek, çocuk ve gebeler olmak üzere tüm bireylerin aşılanma durumu kontrol edilmelidir.	1	2	3	4	5
58. Aile hekimleri bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sorumlu olduğu nüfusu bilgilendirir, Kişisel tedbirlerin alınmasını sağlar.	1	2	3	4	5

59. Aile hekimleri aile hekimliği uygulamalarında hastaların ve içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını, gezegen sağlığı ihtiyaçları ile birleştirmeyi hedeflemelidirler.	1	2	3	4	5
60. Aile hekimleri sağlık uygulamalarında hastaların sağlık ihtiyaçlarını ve yaşadığı toplumun sağlık ihtiyaçlarını mevcut kaynaklarla (tetkiklerin kullanımı, hastaneye başvurular, tedavi, sevk, hastalara ayrılan zaman gibi) dengede tutmayı esas almalıdır.	1	2	3	4	5
61. Yapımında kullanılan itici gazlardan dolayı ölçülü doz inhaler ilaçlar çevreye zarar verirler. Bu sebeple kuru toz inhaler kullanabilen hastalarda ölçülü doz inhaler yerine bunlar tercih edilmelidir.	1	2	3	4	5
62. Aile hekimleri ölçülü doz inhaler reçete edilen hastalara kullanımı uygulamalı olarak anlatmalıdırlar.	1	2	3	4	5
63. Toplum bilincini arttırmak için hastalara aşı kampanyaları konusunda eğitim vermek, aşı karışıklığı ile mücadele etmek için etkin bir yoldur.	1	2	3	4	5
64. Hastalara antimikrobiyal direnç (AMR) konusunda eğitim verilmesi hastaların antibiyotik reçetelenmesindeki ısrarının azalmasına katkı sağlar.	1	2	3	4	5
65. Hastalar antibiyotik konusunda ısrar edince viral enfeksiyonlarda da antibiyotik yazılabilir.	1	2	3	4	5
66. Hastayı verilen antibiyotik tedavisi hakkında (neden verildiği, kullanması gereken süre, kullanma şekli, oluşabilecek yan etkiler, hangi durumlarda tekrar başvurması gerektiği) ayrıntılı şekilde bilgilendirmek önemlidir.	1	2	3	4	5
67. Akut Tonsillofarenjit hastalığının etiyolojisini araştırmak için Centore Score puanlama sisteminden faydalanılabilir.	1	2	3	4	5
68. Toplumun epidemiyolojik ihtiyaçlarını ele almak için yerel organizasyonlar veya toplum sağlığı birimleri ile işbirliği yapılmalıdır.	1	2	3	4	5
69. Yerel sağlık birimleri ile yapıcı bir etkileşimi toplum sağlığı açısından önemlidir.	1	2	3	4	5
70. ASM de elektronik cihazları kullanılmadığı zaman kapalı tutmak ve fişini prizden çekmek gibi önlemler enerji tüketimini azaltarak çevresel sürdürülebilirliğe katkıda bulunulabilir.	1	2	3	4	5
71. Enerji tüketimini azaltmak için ASM de LED lambaları kullanmaya özen gösterilmelidir.	1	2	3	4	5
72. Su tüketimini azaltmak için ASM de su tasarruflu armatürler kullanmaya önem verilmelidir.	1	2	3	4	5
73. ASM de geri dönüşüm kutularının olması önemlidir.	1	2	3	4	5

65. Soru olumsuz önermedir.

Ek-2: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu onayı

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye			
ARASTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2024/97	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Toplum Yönelimli Olmaya Yönelik Bilgi ve Tutumları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:05/06	Tarih:18.03.2024	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mehtap TATLIOĞLU'nun tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Doç. Dr. Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistika.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Rıdvan DURAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Ayşegül KURT Üye	Protetik Diş	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2024/11

Karar: 2024/11

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 06/05/2024 tarih saat 10:00'da İl Sağlık Müdürlüğü Gülden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan,Araştırma Görevlisi Dr.Mehtap TATLIOĞLU tarafından yürütülecek olan''Edirne İl Merkezindeki Aile Hekimlerinin Toplum Yönelimli Olmaya Yönelik Bilgi ve Tutumları'' konulu Uzmanlık Tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

[Redacted Signature]

BAŞKAN

Dr. Onur ÇAKAR

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan V.

[Redacted Signature]

Dr. Onur ÇAKAR

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısı

**Uzm .
Tof**

[Redacted Signature]

[Redacted Signature]

Uzm. Dr. Esin SEÇGİN SAYHAN

Merkez İlçe To

Merkezi Başkanı

[Redacted Signature]

Yudray ÇETİNTAŞ

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Birim Sorumlusu