



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM KLİNİĞİ

ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE AYAKTAN TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN

AİLE HEKİMLERİNDEN MEMNUNİYET DURUMLARININ

EUROPEP ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yakup AKPINAR

UZMANLIK TEZİ

2016



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİM KLİNİĞİ

ACİL SERVİSE BAŞVURAN VE AYAKTAN TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN

AİLE HEKİMLERİNDEN MEMNUNİYET DURUMLARININ

EUROPEP ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Yakup AKPINAR

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ

2016

İÇİNDEKİLER

Özet	iii
Abstract	iv
Giriş	1
Genel Bilgiler	2
1. Aile Hekimliği Tanımı	2
2. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikleri	2
3. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulamaları	6
4. Bakımda Süreklilik	11
5. Hasta memnuniyeti	12
6. Acil Servis Hizmetleri	17
7. Renk Kodlaması ve Triaaj Uygulaması.....	17
8. Acil Olmayan Hastaların Acil Servis Başvuruları.....	19
9. Araştırmanın Amacı	31
Gereç ve Yöntem	32
A. Araştırmanın Tipi ve Evreni	32
B. Katılımcılar	32
C. Kullanılan Anket Formları	33
D. Yapılan İşlemler	36
E. İstatistiksel Analiz	36
Bulgular	37
Tartışma	52

Çalışmanın Sınırlılıkları	65
Sonuç	66
Kaynaklar	67
Ekler	78
Ek -1	78
Ek-2	79
Ek-3	80
Ek-4	81
Kısaltmalar	82
Teşekkür	83
Özgeçmiş	84

ÖZET

Amaç: Türkiye’de artan acil servis başvuruları sağlık sistemindeki en önemli problemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bir yılda toplam nüfusunun üzerinde acil servis başvurusu olması durumu en güzel bir şekilde özetlemektedir. Hastaların acil servisi tercih etmelerinin birçok sebebi olabilir. Bu çalışmada acil serviste ayaktan tedavi edilen hastaların aile hekimlerinden memnuniyetlerini ölçerek, artan acil servis başvurularında aile hekimlerinin bireysel etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Çalışmada Temmuz 2015 döneminde Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi’ne başvuran yeşil alanda muayene edilen ve sadece ayaktan tedavi düzenlenen rastgele seçilmiş 18 yaş ve üzerindeki 394 hastada yüz yüze görüşmelerde EUROPEP anketi uygulanmıştır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri kaydedildi. Hastalara mevcut şikayetleri ve acil servisi neden tercih ettikleri soruldu.

Bulgular: Bu çalışmada, hastaların aile hekimlerinden memnuniyeti % 62,8 olarak saptanmıştır. Hastaların en memnun olduğu sorular hekimin hastayı dinlemesi % 76,9 ve muayene etmesi % 76,9 olarak belirlenmiştir. Hastaların en memnuniyetsiz olduğu konular doktora telefonla ulaşabilme (% 42,1) ve aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme (% 28,9) konularıdır. Enfeksiyon şikayeti ile acil servise başvuran hastaların aile hekimlerinden memnuniyetleri anlamlı derecede ($p=0,015$) düşük bulunmuştur. Aile hekimlerine muayeneye sık giden hastalar acil servise de sık başvurmaktadır ($p=0,01$).

Sonuç: Acil servise başvuruların önde gelen nedeni akut dönemde ortaya çıkan rahatsızlıklardır. Hastalar aile hekimlerinden memnun olmalarına rağmen yine de acil servisi tercih etmektedir. Hastaların acil servisi daha bilinçli kullanmaları ancak iyi bir sağlık okuryazarlığı eğitimi ile mümkün olabilir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, acil olmayan hasta, aile hekimliği, EUROPEP, hasta memnuniyeti.

ABSTRACT

Aim: Increasing application to emergency departments by outpatients in Turkey has been considered as one of the most important problems in the health system. The fact that a total number of applications to emergency departments within a year is over the total population of Turkey can be regarded as the most striking figure showing how serious this situation is. There may be many reasons for patients to prefer emergency departments. In this study, it was aimed to investigate the individual effect of family physicians on the increasing emergency department applications by measuring the satisfaction level of the patients who received ambulatory treatment at emergency departments with their family physicians.

Methods: In the study, a face-to-face survey called EUROPEP was applied to 394 randomly selected outpatients who were at and over the age of 18 and who referred to Yuksek Ihtisas Training and Research Hospital in Bursa and examined in the green zone at July 2015. Socio-demographic characteristics of the patients were recorded. Patients were asked about their complaints and why they preferred emergency departments.

Results: I found that patients' satisfaction with family physicians were 62.8 %. Patients mentioned that the most satisfying questions were 'physician's listening to the patient' by 76.9 % and 'physician's examining the patient' by 76.9%. The most dissatisfying issues that patients had were 'being able to reach the doctor through telephone' (42.1 %) and 'being able to reach family health centers through telephone' (28.9 %). The satisfaction of the patients applying to emergency departments due to infection complaints with family physicians were found significantly low ($p=0.015$). The patients frequently visiting family doctors were also frequent users of emergency departments ($p=0.01$).

Conclusions: The leading cause of applying to emergency departments was found to be the ailments that occurred in the acute phase. Patients prefer emergency departments although they were satisfied with their family physicians. I believe that a more cost-effective use of emergency departments can only be managed by better health literacy in the community.

Keywords: Emergency department, EUROPEP, Family practice, non urgent patient, patient satisfaction.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerindeki başarı, toplumların gelişmişlik ölçütlerindedir. Sağlık yöneticileri, sağlığı korumak ve geliştirmek için sağlık politikaları oluşturur ve bu politikaların uygulanması için gerekli altyapıyı hazırlar. Adlandırma veya uygulama farklılıklarına rağmen aile hekimliği tüm dünyada sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Araştırmalar aile hekimlerinin hastalarının % 90'ından fazla sorununa çözüm üretebilmesi gerektiğini öngörmektedir (1,2).

Ülkemizde pilot uygulamaların ardından 2011 yılından günümüze aile hekimliği tüm yurttan uygulanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasına geçişle Türkiye'de sağlık hizmeti sunum kalite belirteçleri olumlu etkilenmiştir. Anne ve bebek ölümlerinde kayda değer azalmalar dikkati çekmektedir (3). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çarpıcı iyileşmeler sağlanırken diğer taraftan artan acil servis başvuruları sağlık sistemindeki en önemli problemlerden biri olarak öne çıkmıştır. 2013 yılında yapılan bir analize göre ülkemizde acil servise başvuran hastaların sayısı yılda 100 milyona ulaşmıştır (4). Bir yılda toplam nüfusunun üzerinde acil servis başvurusu olması, sağlık sisteminde ciddi sorun olduğunu göstermektedir. Acil servis başvurularındaki bu artış kolay ulaşılabilirlik ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Diğer bir sebep hastanın mevcut sağlık sorunlarının tam bir çözüme ulaşmamış olması olabilir. Acil servislerin neden bu kadar yoğun tercih edildiği hastalara sorulduğunda kişiler bu durumu sıklık sırasına göre; gündüz saatlerinde çalışıyor olmalarına, acil başvurusunda ücret kesilmemesine veya tetkiklerini kolayca yaptırabiliyor olmalarına bağlamışlardır.

Özellikle mesai dışı saatlerde artan yeşil alan başvuruları acil serviste zamanla yarışan sağlık personeli ve hastalar için önemli bir engeldir. Acil servisleri yoğun başvuruları ile baskı altına alan hasta profilinin, aslında birinci basamakta sorunları çözülebilecek vakalar olduğunu düşünerek çalışmamızda yeşil alanda değerlendirilen vakaların aile hekimlerinden memnuniyet durumlarını incelemeyi amaçladık.

GENEL BİLGİLER

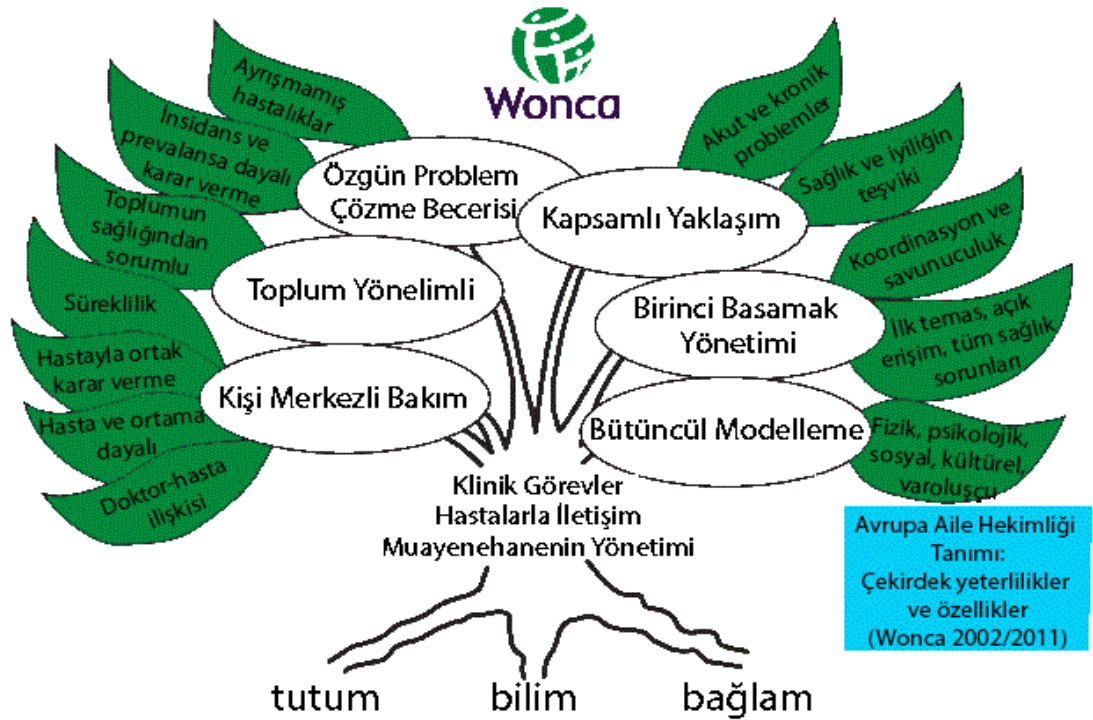
1. Aile Hekimliği WONCA Tanımı

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 (5).

2. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri

Aile Hekimleri çekirdek yeterliliklere sahip olmalıdır (5). Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan yeterlilikleri kapsar. Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin bilmesi gereken 11 yeteneği belirler. Aile Hekimliği çekirdek yeterlilikleri ‘WONCA Ağacı’ olarak bilinen resimde özetlenmiştir (Resim 1).

Resim 1. WONCA Ağacı



Kaynak: WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları

Aile Hekimliği çekirdek yeterlilikleri altı ana başlık altında toplanabilir:

1) Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yetenekleri kapsar:

- Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme,
- Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme,
- Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme,
- Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
- Hastanın savunuculuğunu yapma.

2) Kişi merkezli bakım aşağıdaki yetenekleri kapsar:

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma,
- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve hasta ile işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süre giden ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi.

3) Özgün problem çözme becerileri aşağıdakileri kapsar:

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
- Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme,
- Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
- Erken dönemde ve ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetme,
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

4) Kapsamlı yaklaşım aşağıdaki becerileri içerir:

- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
- Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme.

5) Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeteneği kapsar:

- Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

6) Bütüncül yaklaşım - modelleme aşağıdaki yeteneği kapsar:

- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modeli uygulama.

Aile Hekimi bu yeterlikleri Şu üç alanda göstermelidir:

a) Klinik görevler:

- Çok geniş yakınma, sorun ve hastalık yelpazesini ortaya çıktıkları Őekliyle yönetebilme,
- Uzun süreli bakım ve izlemde uzmanlaşma,
- Tıbbi kanıtları ve kişisel deneyimi etkin bir Şekilde dengeleme.

b) Hastalarla iletişim:

- Hasta görüşmesini yapılandırabilme,
- Hastaya kolayca anlaşılabilir bilgi sunma, girişimleri ve bulguları açıklama,
- Çeşitli duygu durumları ile uygun Şekilde baş etme.

c) Uygulama merkezinin yönetimi:

- Hastalar için uygun bir ulaşılabilirlik sağlama,
- Uygulama birimini etkin bir Şekilde düzenleme, donatma, finansal yönetimini sağlama; uygulama birimi ekibiyle işbirliği yapma,
- Diğer birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlarla birlikte çalışma.

Kişi merkezli bir disiplin olarak Şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

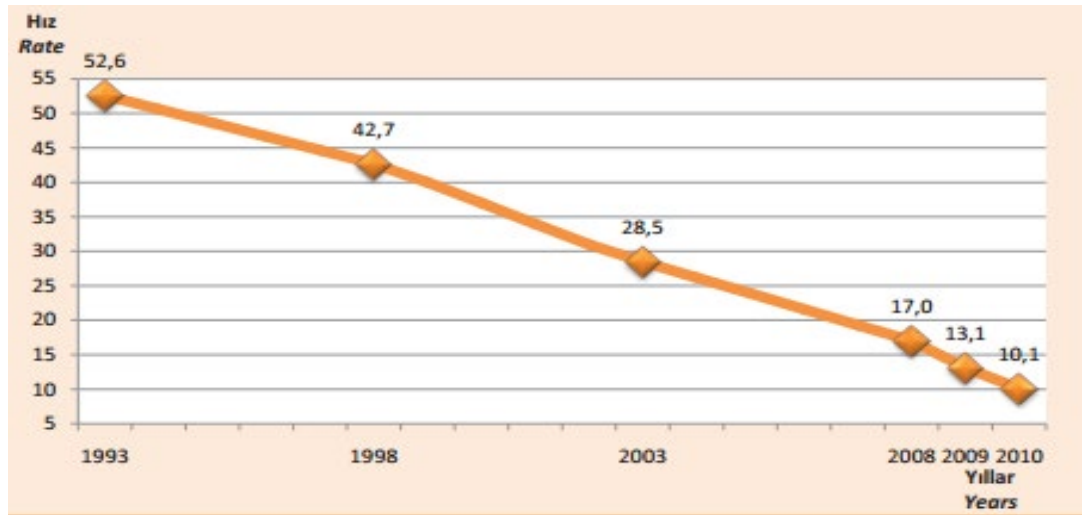
- a) Bağlamsal: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b) Tutumsal: Doktorun mesleksel yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- c) Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme (5).

3. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olarak 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde aile hekimliği uygulaması başladı (6). Daha sonra 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane illerinde aile hekimliğine geçildi (7). 2010 yılında 46 ile yayıldı ve 2011 yılına gelindiğinde sağlık ocakları tamamen kapatılarak tüm Türkiye'de aile hekimliğine geçiş sağlandı (8,9).

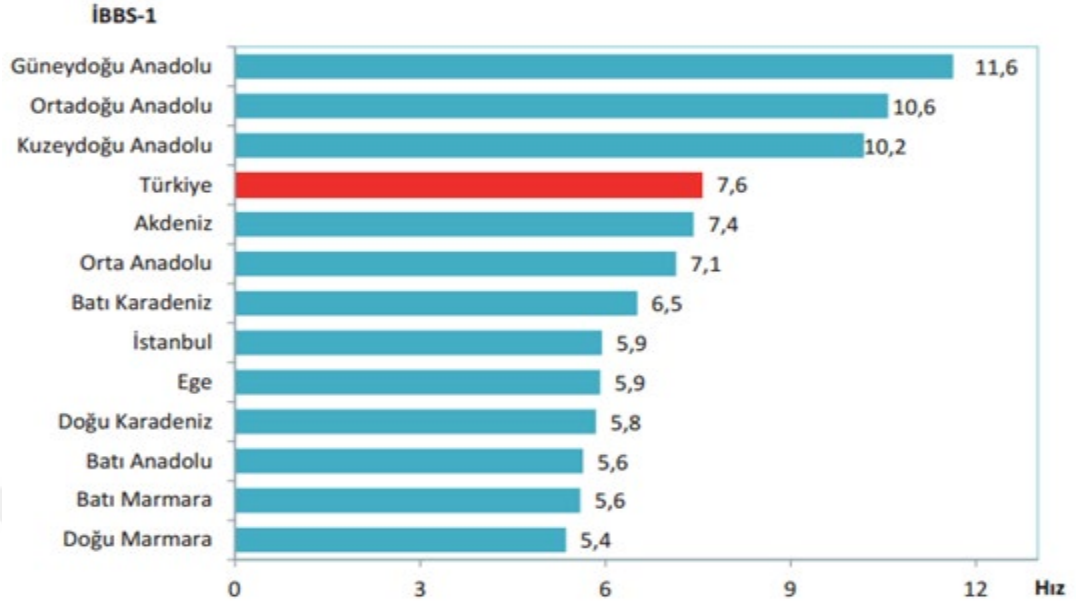
Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte ülkemizde anne-bebek ölümlerinde ciddi azalmalar görülmüş ve aşılama oranlarında Avrupa seviyelerine yaklaşılmıştır (3). 2006 yılında binde 22,3 olan bebek ölüm hızı, 2010 yılında binde 10,1 ve 2014 yılında binde 7,6'ya kadar gerilemiştir (Şekil 1 ve Şekil 2). Yine 2006 yılında yüz binde 28,5 olan anne ölüm oranı, 2010 yılında yüz binde 16,4 ve 2014 yılında yüz binde 15,2 ye gerilemiştir (Şekil 3 ve Şekil 4). 2002 yılında % 78 olan aşılama oranı 2014 yılında % 96'ya yükselmiştir (Şekil 5).

Şekil 1. Bebek Ölüm Hızı, (1000 Canlı Doğumda)



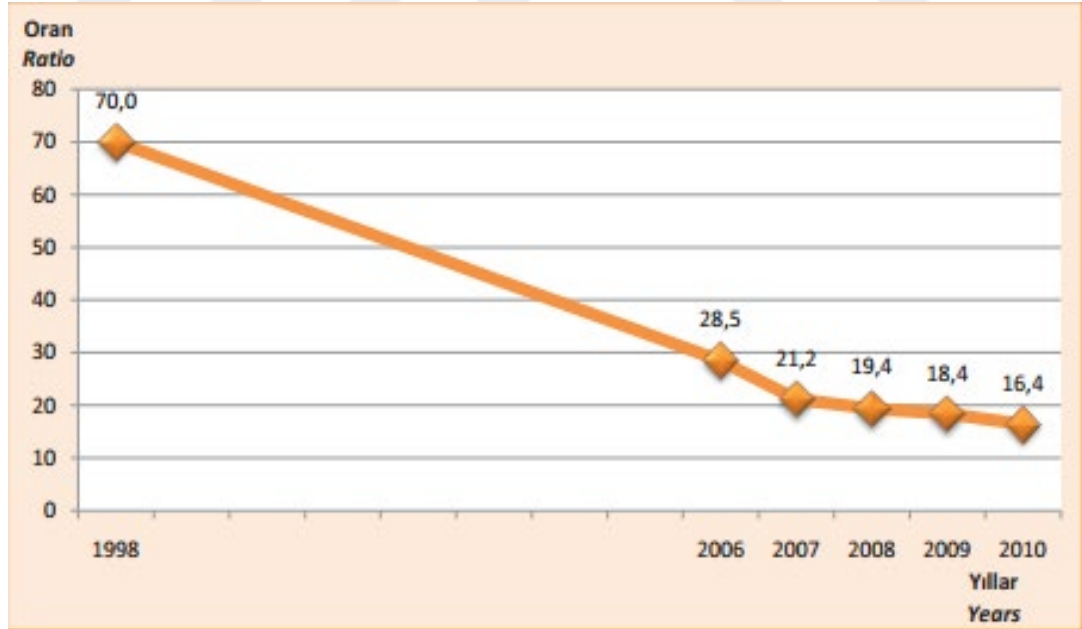
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2010

Şekil 2. Bebek Ölüm Hızı, (1000 Canlı Doğumda)



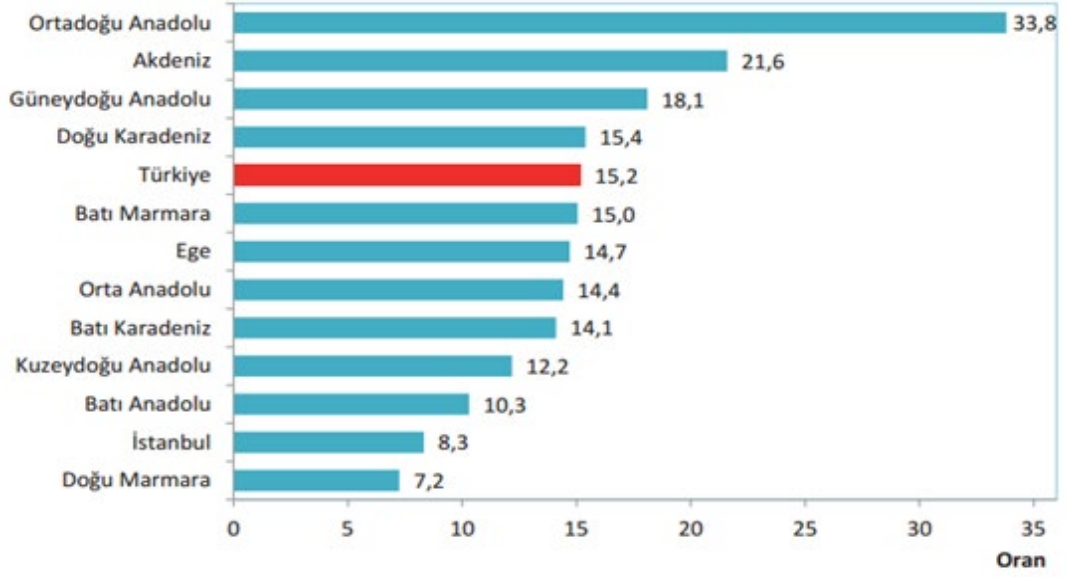
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2014

Şekil 3. Anne Ölüm Oranı , (100.000 Canlı Doğumda)



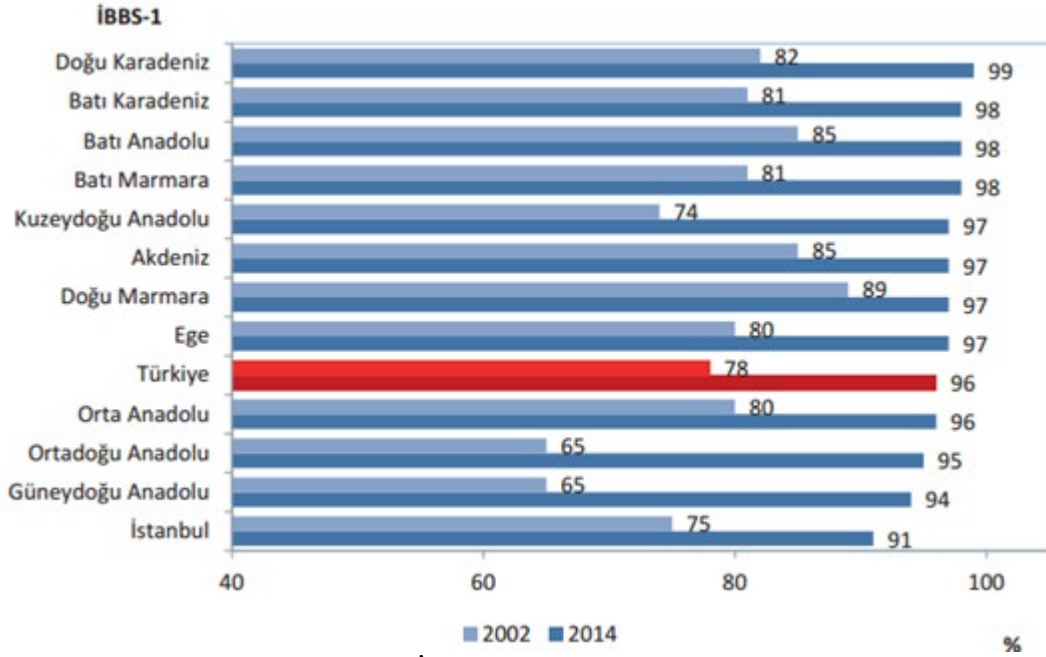
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2010

Şekil 4. Anne Ölüm Oranı , (100.000 Canlı Doğumda)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2014

Şekil 5. Beşli Karma Aşı (DaBT +IPA+Hib) Üçüncü Doz Aşılama Hızı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2014

Sağlık belirteçlerindeki bu iyileşmeler aile hekimliğinin başarısı olarak yorumlanabilir. Söz konusu başarı tesadüf değildir, sistemle ilgilidir. Bu başarının sebeplerinden biri, hastaların gün geçtikçe aile hekimleri ile daha fazla temas kurmasıdır. Gebelerin aile hekimliği sisteminde en az dört kez muayene ediliyor olması ile sorunlu gebeliklerin erken tespitinin önünü açılmıştır. Aksatılan gebe muayenelerinin negatif performans sebebi olarak değerlendirilmesi, konunun sağlık yöneticileri tarafından ne kadar önemsendiğinin bir işaretidir.

Çocuk aşılanmaları ve periyodik sağlam çocuk muayeneleri de elektronik ortamda takip edilmektedir. Aile hekimleri aylık olarak hangi çocuğu muayeneye davet etmesi gerektiğini bilgisayar ortamında takip edebilmekte (Resim 2) ve böylece kişi kaynaklı hata yapma veya gözden kaçırma riski söz konusu olmamaktadır. Çocukların boy ve kilo gibi değerleri programa girildiğinde herhangi bir aksaklık varsa sistem hekimi uyarılmaktadır. Sonuç olarak aşılar ve büyüme gelişme standart bir takvimle takip edilmektedirler.

Resim 2. Aile hekimi bebek/çocuk aşı takip takvimi

13.08.2016 TARİHLİ BEBEK / ÇOCUK AŞI TAKVİMİ								
AŞI TAKVİMİ	Doğumda	1. Ayın Sonunda	2. Ayın Sonunda	4. Ayın Sonunda	6. Ayın Sonunda	12. Ayın Sonunda	18. Ayın Sonunda	24. Ayın Sonunda
Hepatit B	1 23.03.2011 Başkası G 21.04.2011	2 22.04.2011 Başkası G 21.05.2011			3 19.09.2011 Başkası G 18.10.2011			
BCG			1 22.05.2011 Başkası G 20.06.2011					
DaBT-İPA - Hib			1 22.05.2011 Başkası G 20.06.2011	2 21.07.2011 Başkası G 19.08.2011	3 19.09.2011 Başkası G 18.10.2011		R 02.10.2012 Başkası G 01.11.2012	
KPA			1 22.05.2011 Başkası G 20.06.2011	2 21.07.2011 Başkası G 19.08.2011	3 19.09.2011 Başkası G 18.10.2011	R 22.03.2012 Başkası G 20.04.2012		
KKK						1 22.03.2012 Başkası G 20.04.2012		
OPA					1 19.09.2011 Başkası G 18.10.2011		2 02.10.2012 Başkası G 01.11.2012	
Hepatit A							1 13.09.2012 Başkası G 12.10.2012	2 22.03.2013 Başkası G 20.04.2013

Halen uygulanmakta olan sistemde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları elde ettikleri verileri gün sonunda elektronik ortamda Halk Sağlığı Kurumu'na göndermekte ve bu veriler kayıt altına alınmaktadır. Aynı zamanda sistem sayesinde hekim günlük ve aylık çalışma planlarını ekranından görmekte ve işlem atlama ihtimali ortadan kalmaktadır (Resim 3 ve Resim 4). Uygulanan elektronik takip ve kayıt sistemi ile hem koruyucu hekimlik için belli bir standart sağlanmakta hem de araştırma ve geliştirmede kullanılmak için Türkiye ölçekli ham veri elde edilemektedir.

Resim 3. Aile hekimi günlük çalışma programı çizelgesi

HOŞGELDİNİZ

Sayın **13.08.2016** gününe ait programa giriş detaylarını aşağıdan takip edebilirsiniz. [Güncelle](#)

Online Protokol alım süresi (30 gün) içinde protokol alınmamış 7 işlemden, 5 gün içinde protokol alınması gereken 2 işlem mevcut !
[Tümünü Görmek için tıklayınız.](#) [Görmek için tıklayınız.](#)

Kesin kayıtlı bütün bebeklerinizin bildirim yapılmış.

3 adet kesin kayıtlı gebenizin beklenen doğumu, geçmiş ya da 7 gün içinde gelecektir !
[Görmek için tıklayınız.](#)

221 adet kesin kayıtlı 15-49 yaş kadına, son 6 ay içerisinde 15-49 Yaş Kadın İzlem yapılmamış !
[Görmek için tıklayınız.](#)

70 adet tahlilin sonucu alınmamış !
[Sonuçları Almak için tıklayınız.](#) [Sonuçları Görmek için tıklayınız.](#)

Bugüne randevusu olan hasta bulunmamaktadır.

Resim 4. Aile hekimi çalışma planı

ÇALIŞMA PLANI

Sıra No ve Hasta Adı Soyadı sütunları kalın ve eğik yazılmış kayıtlar.
Not: İşlemin planlandığı tarih aralığında Kesin Kayıtlı olmayanları ifade eder.
Durum sütünü kalın ve eğik yazılmışlar ise, bitiş, tatil ya da izin gününe denk gelenlerdir.

Sıra No	Hasta Adı	Soyadı	Yaş	Tür	İşlem	Perf.	Randevu	Başlangıç	Bitiş	Uygulama	Durum
Yok			0	Aplama	Hepatit B (III), DaBT-İPA-Hib (III), KPA C-13 (III), OPA (I)	Hayır	Yok	19.07.2016 08:00	17.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 4 gün var.
Yok			0	Bebek İzlem	Bebek İzlem (VI)	Hayır	Yok	14.07.2016 08:00	18.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 5 gün var.
Yok			0	Bebek İzlem	Bebek İzlem (V)	Hayır	Yok	19.07.2016 08:00	18.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 5 gün var.
Yok			2	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (III)	Evet	Yok	23.05.2016 08:00	20.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 7 gün var.
Yok			3	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (V)	Evet	Yok	23.05.2016 08:00	20.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 7 gün var.
Yok			0	Bebek İzlem	Bebek İzlem (VII)	Hayır	Yok	13.07.2016 08:00	22.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 9 gün var.
Yok			2	Aplama	Hepatit A (II)	Evet	Yok	25.07.2016 08:00	23.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 10 gün var.
Yok			37	Gebe İzlem	S. Gebelik, Gebe İzlem (IV)	Evet	Yok	07.08.2016 08:00	27.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 14 gün var.
Yok			0	Aplama	DaBT-İPA-Hib (I), BCG, KPA C-13 (I)	Evet	Yok	30.07.2016 08:00	28.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 15 gün var.
Yok			35	Gebe İzlem	1. Gebelik, Gebe İzlem (IV)	Evet	Yok	08.08.2016 08:00	28.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 15 gün var.
Yok			2	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (III)	Evet	Yok	01.06.2016 08:00	29.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 16 gün var.
Yok			2	Aplama	Hepatit A (II)	Evet	Yok	31.07.2016 08:00	29.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 16 gün var.
Yok			2	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (III)	Evet	Yok	02.06.2016 08:00	30.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 17 gün var.
Yok			2	Aplama	Hepatit A (II)	Evet	Yok	01.08.2016 08:00	30.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 17 gün var.
Yok			2	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (I)	Evet	Yok	03.06.2016 08:00	31.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 18 gün var.
Yok			25	Gebe İzlem	1. Gebelik, Gebe İzlem (IV)	Evet	Yok	11.08.2016 08:00	31.08.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 18 gün var.
Yok			34	Gebe İzlem	4. Gebelik, Gebe İzlem (II)	Evet	Yok	15.07.2016 08:00	01.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 19 gün var.
Yok			0	Bebek İzlem	Bebek İzlem (III)	Evet	Yok	08.08.2016 08:00	02.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 20 gün var.
Yok			4	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (VI)	Evet	Yok	07.02.2016 08:00	03.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 21 gün var.
Yok			1	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (I)	Evet	Yok	05.08.2016 08:00	03.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 21 gün var.
Yok			1	Aplama	KOKK (I), KPA C-13 (Rape), Su Çiçeği	Evet	Yok	05.08.2016 08:00	03.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 21 gün var.
Yok			1	Aplama	DaBT-İPA-Hib (Rape), OPA (II), Hepatit A (I)	Evet	Yok	06.08.2016 08:00	04.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 22 gün var.
Yok			1	Çocuk İzlem	Çocuk İzlem (II)	Evet	Yok	08.06.2016 08:00	05.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 23 gün var.
Yok			0	Bebek İzlem	Bebek İzlem (VII)	Evet	Yok	27.07.2016 08:00	05.09.2016 23:59	Uygulanmadı	Uygulama bitiş tarihine 23 gün var.

4. Bakımda Süreklilik

Aile hekimliğinin temel prensiplerinden biri, bireylere yaş, cinsiyet ve hastalık ayırmaksızın kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sunmaktır (10).

Bakımda sürekliliğin üç temel özelliği vardır:

1. Hastalığın belirli bir evresine sınırlı değildir,
2. Sağlıklı dönemlerde sunulması gereken hizmetleri de kapsar,
3. Birey tüm yaşamı boyunca izlenir.

Süreklilik modelinde çevresel süreklilik yedi alt başlıkta incelenmektedir (11).

1. Bireyler arasında süreklilik: Kişiler, aileler ve sağlık sunucular arasındaki ilişki,
2. Kronolojik süreklilik: Aile hekimi yaşam boyunca kesintisiz sağlık hizmeti sunar,
3. Coğrafi süreklilik: Aile Hekimi coğrafi olarak ulaşılabilir olmalı ve hekim hastalarıyla aynı bölgede yaşamalıdır.
4. Kayıtlarda süreklilik: Hastayı gören her hangi bir aile hekiminin, hastanın daha önceki hastalıkları ve sağlık kurumlarına başvuruları hakkındaki bilgilere erişebilme derecesidir. Kaliteli sağlık bakımı; hastaların zaman içindeki tıbbi problemleri hakkında kayıtların sürekliliğini gerektirir.
5. Disiplinler arası süreklilik: Aile hekimi; yalnızca bir tıbbi problem ya da vücut sistemi için sağlık hizmeti vermez, hastaların yaşadıkları tıbbi, sosyal ve ailevi problemlerin tamamının yönetiminde rol oynar. Çoklu problemi olan hastalarda diğer disiplinlerle bakımın koordinasyonun sağlanması ile kişinin bakımındaki sürekliliği sağlanır.
6. Ulaşılabilirlik: Ulaşım noktası, randevu sistemleri vb.
7. Mobilite/Stabilite: Hasta ve sağlık hizmeti sunucusunun mobilite/stabilite durumu.

Bakımda sürekliliği sağlamak için ön koşullar; ulaşılabilirlik, hekimin yetkinliği, iyi iletişim ve görüşmeler arasında köprü oluşturabilmektir (12).

5. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılındığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hastanın kendisi olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlanmaktadır (13).

Hasta memnuniyeti, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetleri içermektedir (14).

Hastaların sağlık sistemi hakkındaki düşüncelerini öğrenmenin en doğru ve geçerli yolu, onların düşüncelerini belirlemek amacıyla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanmaktır.

Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurum'dan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması şeklinde sınıflanabilir (15).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler:

1. Hastaya Ait Faktörler: Bireyin geçmiş deneyimleri, çevresinden edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı, psikolojik durumu ve zihnindeki kalite tanımı hasta memnuniyetini etkilemektedir (15, 16).

2. Hizmet Verenlere Ait Faktörler: Sağlık personelinin kişilik özellikleri, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, gösterilen ilgi ve alaka ve özellikle hasta-hekim ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır (15).

Hastaların aynı sağlık merkezini tekrar seçme eğilimlerinin, merkezin teknik ve klinik faktörlerinden etkilenmediği ancak bu tercihte en etkili faktörün kurum personelinin tutum ve davranışları olduğu tespit edilmiştir (15, 16).

3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler: Sağlık hizmet biriminin ulaşabilirliği, ortamı (aydınlatma, bekleme odalarının durumu gibi), çalışma saatleri, otopark, temizlik hizmetlerinin kalitesi gibi çevresel ve kurumsal faktörler hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır (15).

Hastaların fikirlerinin dikkate alınması, hasta ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap vermeyi amaçlayanların son yıllarda üzerinde durduğu bir konudur. Bununla birlikte hasta memnuniyetinin, kaliteli hizmetin bir parçası olduğu ve bu alandaki performansın ölçülmesi gerektiği kabul edilmektedir (15, 17).

Hasta memnuniyeti, sağlık personelinin iletişime açık, ilgili, destekleyici, hasta beklentilerini göz önüne alan davranış ve tutum sergilemesiyle artmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan bilgi, teknoloji ve personel gibi stratejik öğelerin kullanılmasında, hasta beklenti ve memnuniyetinin dikkate alınması gerekmektedir (15, 18).

Hasta memnuniyeti doğrudan ve dolaylı yöntemlerle ölçülebilir. Doğrudan yöntemler, memnuniyet düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, gerek hasta yakınması ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerekse "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Doğrudan ve dolaylı yöntemlerin birbirlerine göre çeşitli avantajları saptanmıştır. Doğrudan yöntemlerin avantajları; soru ve yanıtların amaca yönelik olması, sorunların ve iyileştirmeye açık konuların kolayca anlaşılabilir şekilde ortaya konması ve hastanın duygu ve düşüncelerinin direk olarak öğrenilmesidir. Dolaylı yöntemlerin avantajları ise herhangi bir müdahale olmadığı için rahatsız edici olmaması ve araştırmacı tarafından yönlendirilmemiş veri sağlamasıdır (19).

Hastalar almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için, bu hususta değerlendirme yaparken karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter olarak kullanırlar ve aldıkları sağlık hizmetlerinden bu kriterlere uygunluğu oranında memnun olurlar. Hastalar doğal olarak, temiz ve güvenli bir ortam sağlanması, kaliteli hizmet verilmesi, kişilik haklarına saygı gösterilmesi ve iyi iletişim kurulması gibi beklentileri karşılandığında mutlu olurlar (20).

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin saptanması; sağlık kuruluşlarının üstünlük ve zayıflıklarını ortaya çıkarmalarına katkı sağlayabilir, hizmet veren kurumların birbiriyle rekabeti açısından önemli olabilir, hizmetlerden memnun olan hastaların hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine uyumunu arttırabilir. Aynı zamanda hasta memnuniyeti, var olan kaynakların etkin kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmektedir (18).

2007 yılında Türkiye’de aile hekimliği pilot uygulamasının başladığı Düzce’de yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece % 37,7’si aile hekimliği uygulamasından memnun olduklarını bildirmiştir. Memnuniyet belirten kişilerin % 33,3’ü ‘kolay ilaç yazdırabiliyoruz’, % 33,3’ü ‘aile hekimleri bize ilgili davranıyorlar’ ve % 9,4’ü ‘kendimize ait bir aile hekimimiz var bu yüzden memnunuz’ cevabı vermiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan daha kapsamlı araştırmalarda aile hekimliği uygulamasından memnun olanlar kendilerinin aile hekimleri tarafından dinlendiği ve bu yüzden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada ayrıca hastaların muayene sırasında kendi fikirlerine başvurulduğu ve kendilerini daha rahat hissettikleri için memnun olduklarını söylemişlerdir. Bu çalışmada ‘telefonla aile hekimine ulaşma’ ve ‘randevu hizmetlerinden faydalanma’ konusunda hastaların en az memnun oldukları görülmüştür. Bunun sebebi, hekim başına düşen nüfusun ve dolayısıyla iş yükünün fazla olması olarak düşünülmüştür (21).

Aile hekimliği hizmet kalitesini değerlendirmede hastaların memnuniyeti ön planda tutulmaktadır. Sunulan sağlık hizmetinin geliştirilebilmesi için hizmet alıcıların memnuniyet durumları önemsenmelidir. Malatya ilinde 2015 yılında yapılan bir araştırmada kişilerin % 80,7’si aile hekimliği sisteminden memnun/çok

memnun olduklarını bildirirken % 6,9'u memnun değil/hiç memnun değil şeklinde görüş bildirmiştir (22).

2014 yılında Gümüşhane'de EUROPEP ölçeği uygulanarak yapılan bir araştırmada genel olarak hastalar aile hekimliğinden memnun bulunmuşlardır. Çalışmada genel memnuniyet düzeyi % 87,5 saptanmıştır. Kişilerin en az memnun olduğu konular aile hekimlerinin verdiği koruyucu hizmetler ve onların sorunları ile başa çıkabilmeleri için sunduğu destek olarak bulunmuştur (23).

Türkiye'de 2003 yılında yapılan sağlık reformu ile sağlık hizmetlerinde büyük bir değişimin içine girilmiştir. Kişilere verilen sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kurumu (SGK) adı altında toplanmış, işçiler de dahil bütün nüfusun devlet hastanelerinden hizmet almasının önü açılmıştır. Aynı zamanda işçiler serbest eczanelerden de yararlanmaya başlamıştır. Bu değişim ülke sağlık ekonomisine ekstra bir yük getirirse de sosyal sigortalar kurumu (SSK) çalışanlarının hizmet alımında büyük kolaylık sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, beklentileri ve ihtiyaçları hizmet kalitesinin değerlendirmesinde yaygın olarak ölçülmektedir. Bu değerlendirmeler sağlık çalışanlarının performans ödemelerinde dikkate alınmaktadır. Bu durum ikinci basamak sağlık hizmetlerinde olduğu kadar dolaylı olarak birinci basamak hizmetlerinde de bu şekilde uygulanmaktadır (24).

Aktürk ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye'de 2010-2012 yılları arasında birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. İç Anadolu bölgesi hastaların en düşük memnuniyet değerlerine sahipti. Bu durum bölgenin düşük sosyoekonomik imkanları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmada en yüksek memnuniyetin hasta-hekim ilişkilerinde olduğu tespit edildi. Hasta memnuniyetinin yüksek bulunması değiştirilen ödeme sistemine bağlanmıştır. Hasta sayısı artan aile hekimi diğerlerinden kayda değer oranda daha yüksek ödeme almaktadır. Aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinde hasta konforunu arttırıcı önlemler daha yüksek ödemelerle desteklenmiştir. Çalışmada nispeten düşük memnuniyet değerleri 'ulaşılabilirlik' başlığı altında toplanmıştır. Ulaşılabilirlikten kasıt telefonla ulaşım, randevu sistemi ve muayene bekleme süresidir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Düşük ulaşılabilirlik yüksek acil servis başvurularına zemin hazırlamaktadır (24).

Aktürk ve ark. yaptıkları çalışmada hasta memnuniyetinin yıllar içinde olumlu yönde değiştiğini göstermişlerdir. Bu durum hasta ve hekimlerin sisteme adaptasyonu ile ilişkilendirilmiştir. 2003 Sağlık Reformunda hastalara hekim seçme özgürlüğü hakkı verilmiştir. Hasta tekrarlayan başvurularında hekimini kendi seçtiği için memnuniyet oranının yükselmesi beklenen bir durum olarak yorumlanmıştır (24).

Hasta memnuniyet araştırmaları ile hastaların memnun olmadığı konu başlıklarının belirlenmesi, daha iyi bir aile hekimliği sistemine ulaşabilmenin en önemli gerekliliklerdendir. Örneğin Aktürk ve ark. çalışmalarında ‘Hekimin önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi’ ve ‘Doktor dışı personelin yardımı’ sorularına verilen cevaplarda memnuniyet düşük bulunmuştur (24).

Ülkemizde yapılan çalışma sonuçları, EUROPEP ölçeği kullanılarak Avrupa’da yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında ülkemizde birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet Avrupa ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Avrupa’da yapılan araştırmalarda bekleme süreleri ön plana çıkmıştır. Bekleme sürelerinin uzunluğu, randevu sisteminin aktif kullanılmamasına bağlanmıştır (24).

Avrupa ülkelerinde ‘Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması’ sorusuna verilen cevaplardan bu konudaki memnuniyetin % 71- % 85 arasında değiştiğini görmekteyiz. Dağdeviren ve ark. yaptıkları bir çalışmada bu oran % 60,2 bulunmuştur (25). Wensing ve ark. yaptıkları bir çalışmada ‘Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’ sorusuna % 93,7 olumlu cevap almışlardır, bu oran ülkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla karşılaştırıldığında çok yüksektir. Bu durum kültürel etkiler, eğitim ve sağlık sisteminin yapılması vb. sebeplerle açıklanmaya çalışılmıştır (26).

6. Acil Servis Hizmetleri

‘Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması’ konulu genelgeye göre;

- 1) Her ne boyutta olursa olsun travma vakaları,
- 2) Acil servis başvuruları sonrası hastaneye yatırılıp yapılan vakalar,
- 3) Tıbbi müdahale uygulanan vakalar,
- 4) Müşahede altına alınan vakalar,
- 5) Başka bir sağlık hizmet sunucusuna sevk edilen ya da başka bir sağlık hizmet sunucusundan sevkli gelen vakalar, acildir (27).

Acil servise başvuran ve yukarıda sayılan haller dışında kalan olaylar acil değildir ve "yeşil alan" hastası sayılır.

7. Renk Kodlaması ve Triage Uygulaması

TRIAJ: Fransızca “trier (seçmek, ayırmak)” kelimesinden gelir. Klinik önceliğin hangi hastada olduğunun belirlenmesidir. Hastanın hangi öncelikte ve acil servisin hangi bölümünde (resusitasyon, muayene odası, pansuman odası vb) hizmet alacağına saptanmasıdır (28).

Triage uygulamasında vakanın aciliyet durumuna göre hastaların tasnifi için kırmızı, sarı ve yeşil renkleri kullanılmaktadır. Bu renklerinin hangi durumları işaret ettiği Tablo 1’de gösterilmiştir. Yeşil alan kapsamındaki rahatsızlıklar: Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı; aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü; genel durumu stabil olan her türlü basit belirti; basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen kesiler; kronik belirtileri olan ve genel durumu stabil psikolojik bozukluklar.

Tablo 1. Triaaj Uygulaması Hastalık Alan Kapsamları

Yeşil Alan	Ayaktan başvuran, genel durumu stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.
Sarı Alan	1.Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski olan durumlar. 2.Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.
Kırmızı Alan	1.Hayatı tehdit eden ve hızlı yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hastaya hiç bekletilmeden müdahale edilmelidir. 2.Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin uygulama ve usul esasları hakkında tebliğine göre renk kodlaması ve triaj uygulaması.

Bir Eğitim ve Araştırma hastanesi olan hastanemizde 2014 yılında 705.066 kişi acil servise başvurmuştur. Hastaların triaj dağılımı: % 37'si (259.609 kişi) yeşil alan, % 61'i (430.460 kişi) sarı alan ve % 2'si (14.997 kişi) kırmızı alan şeklindedir (29).

Acil hasta tanımı sınırları keskin çizgilerle belirlenmiş bir kavram değildir. Triaaj veya uygulanmaya çalışılan algoritmalar ayrışmamış hastalar için her zaman % 100 başarı ile uygulanamayabilir. Bu yüzden ki yurtdışında ayrışmamış hastaların ilk başvurdukları noktalar 'Gatekeeper' olarak bilinen birinci basamakta çalışan aile hekimleridir. Gatekeeper (Kapı Tutucu) uygulaması değişik şekillerde hemen her Avrupa ülkesinde uygulanmaktadır (30). Bu sistemle ilk triaj dolaylı olarak birinci basamakta yapılmaktadır. Kapı tutuculuk sisteminin ülkemizdeki karşılığı 'sevk zinciri' uygulamasıdır.

8.Acil Olmayan Hastaların Acil Servis Başvuruları

Acil servis başvuruları batılı ülkelerde son 20 yılda giderek artmaktadır. Bu artış acil servislere erişimin kolaylaşmasına ve hükümetin sağlık sigorta programlarında yaptıkları değişikliklere bağlanmaktadır. Finansal bariyerleri düşürerek hükümet daha yüksek oranda bir nüfusun tıbbi bakıma ulaşmasının yolunu açmıştır. Birçok hastane şehir merkezi dışında konumlandığı için çevresindeki nispeten daha fakir nüfusun bu servislere erişimi kolaylaştığı ileri sürülmektedir (31).

Acil olmayan hastaların acil servis başvurusunu etkileyen faktörler bir çalışmada aşağıdaki gibi sıralanmıştır (31-37):

1. Mesafe,
2. Hastaların psikososyal karakterleri,
3. Hastaların sosyoekonomik ve demografik karakterleri,
4. Acil servisin konumu,
5. Bölgedeki diğer tıbbi merkezlerin kullanılabilirliği,
6. Alışkanlıklar.

Bu faktörlerin birçoğu ekolojik seviyede değerlendirilmektedir, böylece acil servis kullanımı üzerine araştırmalar ekosistem, çevre ve nüfus değişkenleri üzerine yoğunlaşmaktadır (31).

Kişisel değişkenler ve acil servis başvuruları arasındaki ilişkiler incelendiğinde genç insanların daha fazla oranda acil olmayan acil servis başvurusu yaptığı ve kaza ve zehirlenmelerin daha az sıklıkla acil servise gittiği tespit edilmiştir. Bazı etnik grupların acil servisi acil olmayan durumlar için daha sık kullandığı, ailelerin acil olmayan durumlarda acil servise gitmeyi daha çok tercih ettiği ve akşam ve gece vakti daha yüksek oranda acil olmayan kullanımlar söz konusu olduğu görülmüştür. Gerçekten acil serviste tedavi ihtiyacı olan vakalar, daha uzun mesafe kat ederek hastanelere geldikleri gösterilmiştir (31).

İtalya’da 65 yaş üstü ve 9 yaş altı, travma ve yaralanmayla acil servise başvuran hastalardan ücret alınmamaktadır. Bu gruplar dışındaki hastalar; ücret alınmasına rağmen acil olmasalar da acil servise gelmeye devam etmektedirler. Düşük eğitim seviyesine sahip hastalar ve aile hekimine kaydı olmayan vakalar, acil olmayan şikayetlerle acil servisi sıklıkla tercih ettikleri gösterilmiştir. Aynı çalışmada genç-kadın hastalar ve kronik hastalıkları olanlar acil olmayan şikayetlerle daha sık acil servis başvuruları yapmaktadırlar. Hastaların acil servisi tercih etmelerinin en önemli nedeni olarak ‘acil olduklarını düşünmeleri’ tespit edilmiştir (38).

Acil servislerin 24 saat açık olması bununla birlikte aile hekimliklerin mesai dışında kapalı olması acil olmayan vakaların acil servisi tercih etmelerinin önündeki önemli bir engeldir. Acil serviste muayene edilen hastaların bile üçte ikisi kendilerini acil olarak görmemektedir (38).

Hong Kong’da yapılan bir çalışmaya göre acil servise başvuran hastaların % 57’sinin aile hekimliklerinde rahatlıkla müdahale edilebileceği bildirilmektedir. Çoğu acil servislerde triaj hemşireler tarafından yürütülmektedir. Ancak bu hemşire triajında birinci basamak veya aile hekimliğine yönlendirilmesi gereken vakaların tespiti konusunda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar triajın sağlık personeli kadar hastalar tarafından da çok önemli sıkıntılar yaratmadan yapılabileceğini savunmaktadır. Bir çalışma kendi kendine triajın hemşire ve hekim tarafından yapılan aciliyet değerlendirmesi kadar etkili olabildiğini savunmaktadır (39).

Acil servis başvurularının yarısından fazlasını oluşturan gerçek acil olmayan vakaların tespiti, sağlık bakım harcamaları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çalışmalar göstermektedir ki acil olmayan vakalara aile hekimleri hastane hekimine göre çok daha az kaynak kullanarak tedavi edebilmektedir (39).

Son 25 yıldır acil serviste artan iş yoğunluğunun temelinde aşırı kalabalık vardır (40). Hastalar acil bir durumla karşılaştıklarında o anki sağlık problemleri için gidilebilecek sağlık merkezlerini doğru seçemeyebilirler (41). Acil servislerdeki aşırı kalabalıklaşma hasta sağlığı için en büyük tehlikedir. Bu durum; bekleme süresini

uzatmakta ve böylece tanı ve tedavide gecikmeye ve hizmet kalitesinde düşmeye neden olmaktadır (42).

Lucas ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, acil servise başvuran hastaların % 72'si ana yakınmalarının orta veya ciddi olduğunu ve bunların % 59'u bu yakınmalarının acilen tıbbi yardım gerektirdiğini belirtmişlerdir (43). Sağlık güvencesi olmayan hastalar acil servisi ciddi rahatsızlıkları oldukları için değil, erişimi kolay olduğu için tercih ettiklerini belirtmektedirler. Aile hekimliğine kaydı olmayan hastalar birinci basamak yerine acil servise başvurumaktadırlar (44). Ayrıca aile hekimlerinden memnun olmayan hastaların daha fazla oranda acil olmayan durumlarda acil servisi kullandığı savunulmaktadır (45).

Uzun zamandan beri acil servisler aile hekiminden sürekli bakım almayan hastalar için ilk başvuru noktası haline gelmiştir. Caydırıcı ekonomik faktörlere, aile hekimliğinde esnek mesai uygulamalarına ve acil bakım merkezlerine rağmen acil olmayan durumlarda hastalar acil servisi kullanmaya devam etmişlerdir (45).

Aile hekimlerinden memnun olmayan hastalar başka yerlerde bakım aramaktadırlar. Özellikle bu hastalar uygunsuz acil servis başvurusu yapmaktadırlar (45). Çalışmada birinci basamak hizmetlerinin ihtiyaçlarını karşılayamayacağına inanan hastalar daha çok uygunsuz acil servis başvurusu yaptığı belirtilmiştir (45). Birinci basamak kalitesinden memnuniyetsizlik, aile sağlığı elemanından memnuniyetsizlik ve aile hekimine karşı güven eksikliği uygun olmayan acil servis başvurularıyla ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde aile hekiminin hastayı dinlememesi ile uygun olmayan acil servis başvuruları arasında da güçlü bir ilişki bulunmuştur (45).

Tartışılmakta olan konulardan birisi de acil olmayan hastaların bakım maliyetlerinin; acil tedavi merkezlerinde mi yoksa aile hekimliklerinde mi daha düşük olduğudur. Bazı literatürlerde mesai sonrası acil servis bakımının daha düşük maliyette olduğu (46), bazı yayınlarda ise acil bakımın daha pahalı olduğu şeklinde geleneksel algıyı destekleyen sonuçlar bulunmuştur (47).

Washington Üniöersite'sinde yapılan bir çalışmada bakımda sürekliliğin geliştirilmesi, acil servis başvurularının azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (48). Aynı çalışmada aile hekimiyle daha yakın ilişkisi olan hastaların daha az acil servise ve hastaneye başvurdukları gösterilmiştir (49). Yine bu çalışmada hastaların acil servisi tercih sebepleri üç ana başlık altında toplanmıştır.

1. Mesai saatleri dışında ulaşılabilirlik,
2. Randevu alma şartı olmaması,
3. Birinci basamak hekiminin acil servise sevk etmiş olması.

Hastane kaynaklarının uygunsuz kullanımı sadece sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırmayıp aynı zamanda acil servisleri kalabalıklaştırarak acil bakımın kalitesini düşürmektedir (38).

Yapılan bir araştırmada Avrupa genelinde acil servislerin uygunsuz kullanımı ve sonuçları dört kategoriye ayrılmıştır (49):

1. Acil bakım alma ihtiyacı.

2. Daha fazla güven, başvuru kolaylığı, daha önceki acil servis deneyimlerindeki memnuniyetleri. Başvuru kolaylığı, hastanın kan tetkiklerini daha kolay ve bazen daha ucuz yaptırabiliyor olması olarak tanımlanmaktadır. Muayene için daha kısa bekleme süreleri ve kolay erişilebilirlik Amerika'da yapılan çalışmalarda ön plana çıkarken Avrupa'da yapılmış olan çalışmalarda bu özellikler ön plana çıkmamıştır. Avrupa'da yapılan çalışmalarda aile hekimlerinden memnuniyetsizlik ve birinci basamağa güven eksikliği acil servis başvurularının ana sebeplerindedir (50). Nadir olarak da aile hekimini çok küçük sağlık problemleri için rahatsız etmekten çekinmek de bu başvuruların sebebi olarak gösterilmiştir (51,52).

3. Birinci basamağa erişim zorluğu, mesai saatleri dışında aile hekimine ulaşım zorluğu. Bazı hastalar sağlık problemleri için öncelikli olarak birinci basamağı tercih etseler de kısa zamana bir randevu almada yaşadıkları zorluk onları uygunsuz acil servis kullanımına itmektedir (53).

4. Savunmacı tıp davranışları. Yüz yüze görüşmelerde hastalar acil servise aile hekimleri tarafından sevk edildikleri için geldiklerini söylemişlerdir. Ancak, bu durum hekimlere sorulduğunda; belirli hastaların ısrarcı talepleri sonucunda bu hastaları acil servise sevk etmek durumunda kaldıklarını ifade etmişlerdir.(53).

Aile hekimlerinden memnuniyetsiz ve orta-yüksek derecede kaygılı olan hastaların; uygunsuz acil servis başvurularını azaltmak için birinci basamakta bazı düzenlemeler yapılmalıdır. Aile hekimleri hastalara insancıl ve empati ile yaklaşmalı; hastanelerle ve acil servislerle bağlarını güçlendirmelidir. Eğer hastalar aile hekimlerinden ihtiyaçları olan bakım ve hizmeti hızlı bir şekilde alabileceklerini hissedersen acil servisten aile hekimlerine geçiş yaparlar (53).

Acil olmayan hastaların neden acil servisleri ısrarla kullandıklarının çözümü, aslında kişilerin sağlık sisteminden beklentilerini anlamaktan geçmektedir. Bazı hastaneler fast-track uygulama ile bu sorunu bertaraf etmeye çalışmaktadırlar. Fast-track uygulamasında triaj aynı zamanda tedavi de düzenleme noktaları olarak kullanılmaktadır. Böylelikle hastalar aciliyet durumlarına göre hızlı bir şekilde tasnif edilirken; uygunsuz acil servis başvurusunda bulunan hastaların, acilde uzun kuyruklar oluşturması engellenmeye çalışılmaktadır. Genel kanı sudur ki; hem hastalar hem de sağlık sistemi acil olmayan vakarın birinci basamakta tedavi edilmesinden fayda görecektir. Bu boylamsal ve koruma-odaklı bakım ile sağlanabilir (54).

Tıbbı açıdan acil olmayan başvurular çoğunlukla gereksiz başvuru olarak kabul edilmektedir veya uygunsuz kullanım ile karakterizedir. Ve hatta sağlık hizmetlerinin kötüye kullanımı olarak da ele alınabilir. Araştırmalarda ilk başta acil olmadığı düşünülen acil servis başvurularından hastaneye yatışı sağlanan hastalar dahi olduğu izlemiştir (55). Acil olmayan başvuruları engellemek için algoritmalar düzenlenmiştir. Ancak şu da bir gerçektir ki, acil hasta tanımı sağlık çalışanları arasında bile sınırları tamamen çizilmiş bir kavram değildir. Acil tanımı dışında kalan hastalarda bazı durumlarda acil müdahale ihtiyacına sahip olabilirler (54).

Tablo 2. Tıbbi açıdan acil olmayan vakaların acil servisi tercih sebepleri

	Düşük	Yüksek
Düşük	Grup 1 Başka seçeneği yok	Grup 2 Acil servisi tercih ediyor
Yüksek	Grup 3 Başka bir seçeneği tercih edebilir	Grup 4 Acil servisi en iyi seçenek olarak görüyor

Grup 1: Başka bir alternatifi olmayan vakalar. Bu grup hastalar acil servise başvurmanın dışında başka bir alternatifi olmadığını düşünen vakalardır. Bunun sebebi olarak da düşük gelir seviyesinde olmaları veya bölgelerindeki birinci basamak aile hekimliklerinde kayıtlarının olmaması gösterilebilir. Bir diğer sebep olarak da çalışma saatlerinin aile hekimliği çalışma saatleriyle çakışması olabilir. Bu vakalar aile hekimliği hizmetlerinden memnuniyetsizdirler ve acil servisleri tek kaynak olarak görmektedirler.

Grup 2: Acil servisi tercih eden gruptur. Bu gruptaki kişiler acil servisleri sevmektedir ve acil servisleri hem güvenilir bulmaktalar hem de her sağlık sorunlarında acil olup olmadıklarına bakmasızın kullanılacak yerler olarak görmektedirler. Tipik özellikleri; acil serviste kendilerini rahat hissetmeleri, orada çalışanlarla ilişkilerinin güçlü olması ve akut tıbbi durumlarda acil servisi kullanmayı seviyor olmalarıdır. Aynı zamanda acil servise başvuran bu vakaların birçoğunun araçla bu noktalara ulaşım sağlıyor olması, mesafenin bu hastalar için bir önemi olmadığını göstermektedir.

Grup 3: Başka bir yere gidebilecek vakalar. Bu gruptaki kişiler acil durumlar da aile hekimlerine gitmeyi tercih edebilecekken bunun uygun olmadığını düşünerek yönünü acil servise çeviren hastalardır. Bu vakalar acil tıbbi bakım yardım alma ihtiyacı duymaktadırlar. Bazen durumlarının acil olmadığını düşünse de bu gruptaki kişiler işlerini şansa bırakmaz istemezler. Ağrı eşiği düşük kişilerdir.

Grup 4: Acil servisi acil durumlar için en iyi seçenek olarak görenler. Bu gruptaki kişilerin acil servise başvuruları gerçek acil tanımına yakındır. Durumlarını tam bir acil olarak tanımlarlar. Kendi acil tanımları tıbbi tanımlardan tamamen farklı olabilir. Fakat kendi durumlarındaki kişilere mutlaka acil serviste müdahale edilmesi gerektiğini düşünürler (55).

Tıbbi olarak acil olamayan vakaların acil servise başvurularını azaltmak için sevk zinciri, hasta eğitimi ve acil servis hasta kabul standartlarının belirlenmesi önerilmektedir. Hastaların acil servise başvuru kararların incelendiği yukarıdaki tablodan da görüldüğü gibi bu hastaların acil servislere başvuru probleminin çözümü kolay değildir. Bu çözüm tek başına birinci basamağı yönlendirme veya hasta eğitimiyle çözülebilir gibi görülmemektedir. Amerikan Acil Hekimleri Derneği'nin tanımına göre; acil müdahale gerektirilebilecek durumların kararının verilmesinde sağlık personeli olmayan ancak ortalama bir sağlık bilgisine sahip olan kişilerin başvuru kararı göz önüne alınmaktadır (55).

Birçok ülkede tekrarlayan acil servis başvuruları üzerine de çalışmalar yapılmıştır. Örneğin; İsveç'te acil servise başvuran 2000 hasta incelenmiş, yılda en az 4 defa başvuran hastaların; acil başvurularının % 18'ini oluşturduğu tespit edilmiştir. Bazı uç vakaların ise yılda 70 kez acil servise geldikleri belirlenmiştir. İrlanda'da yapılan benzer bir çalışmada da hastaların % 3'ünün başvuruların % 12'sini sağladığı görülmüştür. Tekrarlayan başvurular çoğu zaman acil olmayan vakalardan oluşmaktadır ve hastanedeki genel bekleme sürelerini uzatmaktadır. Tekrarlanan acil servis başvuruları hastanın bakımının aksamasına veya gereksiz tedavilere de sebep olabilmektedir. Çünkü aynı hastayı farklı doktorlar tedavi etmeye çalışmaktadır. Bu durumla özellikle acil servisin ayrı bir uzmanlık olarak uygulanmadığı hastanelerde daha sık karşılaşılmaktadır. Bu tür hastanelerde bütün doktorlar acil serviste farklı zamanlarda rotasyon usulüyle çalışmaktadır. Şöyle bir

soru sorulabilir: Acaba sık başvurular hastanın ihtiyacı karşılandığı için mi yoksa karşılanamadığı için mi gerçekleşmektedir? Kalitatif çalışmalarda çoklu kronik hastalığı veya psikosozal problemi olan vakaların neden acil servise sık başvurdukları incelemiştir. Örneğin travma söz konusu olmayan vakalarda hastalar hayatı tehdit eden ağrı ve benzeri semptomlardan şikayet edebilmektedir. Bu durum hastaların değerlendirmesinde kişisel öykülerinin ve sosyal durumlarının etkisini de ortaya koymaktadır. Psikosozal stres ve psikiyatrik rahatsızlıkların sık acil başvurularındaki rolü önemlidir. Genç hastaların aksine yaşlı hastalar semptomlarını bir tehdit olarak değerlendirmemişlerdir. Semptomların tehdit olarak algılanması ve acil servisin kullanılması konusunda cinsiyet farklılığı görülmemiştir. Acil servise başvuranların temel problemlerinin atlanması riski vardır, çünkü acil servis çalışan sağlık personellerinin bu hastaların hikayesini dinleyecek ve semptomlarının ne anlama geldiğini çözmeye çalışacak vakitleri çoğu zaman yoktur. Bu soruna yönelik üretilecek çözümler, bu hastaların dönüp dolaşıp tekrar acil servise gelmeleri yerine sorunlarının çözümüne yardımcı olacaktır (56).

Hollanda'da aile hekimleri birinci basamak acil bakımdan tam gün sorumludur. Ancak hastaların önemli bir oranı sevsiz ve özellikle mesai saatleri dışında acil servise gitmektedirler. Almanya'da yapılan bir çalışmada acil servise gelen vakarın % 40-90'ı mesai saatleri içerisinde tedavi edilebilecek hastalardır (57). Bu sorunu çözmek için bir seçenek mesai saatleri dışında acil servis ulaşılabilirliğini azaltmak ve hatta aile hekimlerinden sevki olmayan hastaları acil servise kabul etmemek olabilir. Diğer bir düşünce ise mesai saatleri dışında birinci basamak acil servis ulaşımı geliştirilebilir. Ancak ulaşım kolaylığı; başvuru oranlarının yükselmesine ve gereksiz sağlık başvurularının % 60 artmasına neden olabilir (57-59). Aile hekimi bu talepleri karşılamak için isteksiz olabilir, çünkü mesai saatleri dışındaki aramaların çoğu tıbbi acil bir sorundan dolayı değil, psikosozal faktörler ve endişe kaynaklı sebeplerdendir (60). Bu gereksiz aramaların aile hekimlerinin iş yükünü arttırabileceği düşünülmektedir (59). Aynı çalışmada hastaların sadece % 6'sı sevkle acil servise gönderilmişti. Kendi kararıyla acil servise gelen hastaların oranı ise % 13 bulunmuştur. Ek olarak, çalışmada evde hasta muayene oranı % 20 tespit edilmiştir (57).

Danimarka'da uygulanan bir model acil çağrısı sonrası ev ziyaretlerini % 50'den % 25'e düşürme başarısı göstermiştir ancak yıllık kişi başına düşen çağrı oranı halen % 46 gibi yüksek bir oranda kalmıştır. Birinci basamakta hemşirelerin uyguladığı triajla küçük sağlık problemleri çözülebilmektedir. Hemşire gerek duyduğunda hastayı hekime danışarak hekimin iş yükünü azaltmaktadır (61). Ek olarak yapılan araştırmalarda görülmüştür ki hastayı hekim yerine hemşirenin görmesi veya hekimin eve gitmesi yerine, telefonda açıklayıcı bilgiler vermesi hasta memnuniyetini olumsuz etkilememektedir (62). Telefonla danışmanlık hizmeti verilmesi gereksiz başvuruları azaltabilir. Ancak gereksiz telefon çağrıları problem yaratmakta ve aile hekimliğinde tükenmişliğe sebep olmaktadır (61).

İngiltere'de uygulanmaya başlayan birleşik aile hekimliği uygulaması nispeten yeni ve mesai saatleri dışında hizmet veren önemli bir gelişmedir. Mesai saatleri dışında aile hekimini telefonla arayan hastalara, hekim ya tavsiyede bulunmakta veya birinci basamak merkezine gitmesini söylemekte ya da kendisi ev ziyaretinde bulunmaktadır. Ancak yine de hastalar bazen acil servisi tercih etmektedirler. Birleşik Krallık'ta hastaların büyük çoğunluğu aile hekimleri yerine acil servisi tercih etme nedenleri olarak: mesafe, aile hekimliği işleyişi hakkında bilgi azlığı, acil bakıma ihtiyacı olduğunu düşünmek ve acil serviste daha iyi teknolojik imkanların olması şeklinde sıralamaktadır. Bu hastaların daha az bir kısmı ise; aile hekimliğine kaydı olmadığı için, misafir olduğu için ya da evsiz oldukları için acil servisi tercih etmektedirler. Bu çalışma birleşik aile hekimliği uygulamasından önceki döneme aittir. Bu çalışmada mesai saatleri dışında acil servisi tercih eden hastaların büyük çoğunlunu genç hastalar oluşturmaktadır ve bunların% 50'si aile hekimlerinin mesai saatleri dışında hizmet verdiğini bilmemektedirler (63). Buradan toplumun ve özellikle gençlerin aile hekimliği işleyişi ile ilgili bilgilendirmeye ihtiyacı olduğu sonucunu çıkarabiliriz. Bu eğitimi en iyi verebilecek kişi hastanın kayıtlı olduğu aile hekimleridir. (63).

İngiltere'de uygulanmaya başlayan birleşik aile hekimliği sistemini mesai saatleri dışında ilk kez kullanan hastaların memnun oldukları ve ikinci kez aynı durumla karşılaştıklarında yeniden birleşik aile hekimliği ünitelerini tercih ettikleri görülmüştür. Sistemin yapması gereken birleşik aile hekimliği uygulaması hakkında

toplumun daha fazla bilgilendirmektir. Birleşik aile hekimliği uygulamasında hastalar belediklerinden daha az sürede kendilerine müdahale edildiğini ifade etmişlerdir. Kısa bekleme süresi hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Birleşik aile hekimliğini bir kez kullanan hastaların % 83,3'ü aynı merkezi tekrar kullanabileceklerini ifade etmişleridir (63).

Hastaların algıladıkları hastalık şiddetinin acil servis tercihlerinde önemli rol aldığı gösterilmiştir. Hasta birleşik aile hekimliği merkezinin mesai dışında da hizmet verdiğini bilmesine rağmen kendisini daha ağır hasta hissettiğinde acil servisi tercih etmektedirler. Hastaların bir kısmı da acil serviste daha kaliteli hizmet alacaklarını düşünmektedir. Acil serviste çalışan doktorlar daha fazla tahlil isteme ve daha fazla ilaç yazma eğiliminde olmalarına rağmen bu durumun tedavi sonuçlarına anlamlı bir etkisi yoktur. Ancak acil doktorları daha fazla kişinin rahatsızlığı hakkında araştırma yapıyor olması hastaları birinci basamak yerine acil servise gitme konusunda özendirici olabilir (64).

Fransa'da artan sosyal zorluklar ve sağlıkta eşitsizlikler göz önüne alındığında acil servislerin düşük sosyal-kültürel seviyedeki kişiler tarafından birinci basamak hizmetleri yerine kullanıldığı düşünülmektedir. Birinci basamakta bakımda süreklilik sağlanamayacağından aslında bu hastalar uzun dönemde düşük kalitede sağlık bakım hizmeti almış olacaklardır (65).

Yapılan çalışmada hastaların üçte biri uygunsuz acil servis başvurusu yapmaktadır. Bu çalışma sonucuna göre, acil olamayan durumlarda acil servisi kullanan vakalar sosyo-kültürel açıdan düşük seviyede olan ve sağlık riskleri yüksek olan vakalardır. Fransa'da sistemde yeterli sayıda aile hekimi olmaması acil olmayan hastane başvuruları için en önemli risk faktörlerinden biri olarak görülmektedir. Acil servisler diğer ambulatuvar (tam gün) yapılar işlerlik kazanmadıkça birinci basamak hizmeti vermeye devam edecektir (65).

Aile hekimliği kaydı olmayan vakaların ciddi kontrolsüz hipertansiyon risklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (66). Acil olmayan hastane başvurusu yapan hastalarda tetanos aşılanma oranları daha düşük bulunmuş ve bu hastalar arasında kolesterol tetkiki yaptırılanların oranının da düşük olduğu gösterilmiştir (66).

Amerika'da yapılan çalışmalar sonucunda acil olmayan hasta başvuruları % 4,8- % 82 aralığında değişmektedir. Oranlar arasındaki bu büyük fark acil olmayan kavramının tanımından gelmektedir. Bazı alışmalar acili, hayatı veya uzvu tehdit eden durumlar olarak nitelendirirken diğer bir kısım çalışmada acil en kısa zamanda müdahale edilmesi gereken vakalar şeklinde tanımlanmıştır. Araştırmalar arasında karşılaştırma yapılabilmesi için ortak bir dil kullanılmalıdır. Triağ tanımlamaları hastaların sınıflanması açısından araştırmacılara yol gösterici olmuştur.

Afilalo ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada acil olmayan vakaların aile hekimi yerine acil servisi tercih etmelerinin sebebi dört gruba ayrılmıştır. Bunlardan ağırlıklı subgrupta hastalar ihtiyaçları gereği (% 20,2) ya da bir tıbbi uzmanın önerisiyle (% 22,1) acil servise gittiklerini ifade etmişlerdir. Aile hekimine başvurunun önündeki diğer engeller ise sıklık sırasına göre; ulaşılabilirlik (% 32,1), kişisel ilişkiler (% 11,1) ve güven (% 7,4)'dir (67). Hastaların heterojenitesi acil olmayan vakaların acil servise gitmesi konusunda üretilen çözümleri başarısız kılmıştır.

Kanada'da acil servisi sık kullanan hastalar acil servise gelen hastaların % 4,5- 8'i iken bu hastaların acil servis ziyaretleri toplam acil servis başvurularının % 21-28'i kadardır (68). Önceki çalışmalarda bu hastaların birinci basamağa sınırlı erişimi olan vakalar olduğu bildirilse de yakın zamanda yapılan çalışmalar da aslında bu hastaların birinci basamak hizmetlere yeterli erişimi olan ancak kompleks tıbbi problemleri olan vakalar olduğu gösterilmiştir. Kanada'da 2009 yılında aile hekimi kaydı olmayan kişilerin toplam nüfusa oranı % 15,1 olarak hesaplanmıştır (69). Acil servislerde ise aile hekimi olmayan hastaların oranı % 20,8 - % 29,5 olarak bulunmuştur. Kişilerin aile hekimine ulaşım eksikliğinin sık acil servis başvuruları üzerine etkisi birçok çalışmada araştırılmış olmasına rağmen direk bir ilişki gösterilememiştir. Birçok çalışmada acil servisi sık kullanan hastalar aynı zamanda aile hekimlerine de sık başvuran kişiler olduğu gösterilmiştir (70,71). Bunun sebebi olarak ta bu kişilerin birçok komorbid hastalığa sahip olması olarak düşünölmektedir.

Yine birçok çalışmada acil servisi sık kullanan vakaların kronik hastalığa sahip olma riski ve mortalite oranların yüksek olduğu bulunmuştur (72,73).

Yaşlı hastaların aile hekimliği kayıt oranı yüksektir ve aynı zamanda bu hastaların kronik rahatsızlıkları sebebiyle hastane acil servis başvuruları da genç nüfusa oranla daha fazladır. Genç nüfus sık rahatsızlanmadığı için aile hekimliği kaydı ve acil servis başvurusu düşük kalmaktadır (74).

Almanya'da bir yılda nüfusun % 90'dan fazlası aile hekimlerine başvurmuştur. Almanya'da yaklaşık 2,5 milyon Türk göçmen yaşamaktadır (75). Göçmenler daha az oranda sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Bu durum sosyoekonomik sebeplerle açıklanmaktadır (76). EUROPEP ölçeği kullanarak yapılan bir çalışmada Almanya'da yaşayan Türk göçmenlerin en az memnun olduğu konu 'Bekleme odasında harcadığınız zaman' sorusudur. Araştırmada dil becerisinin hasta memnuniyeti üzerine büyük etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu yüzden Almanca dil becerisi düşük hastalar genellikle Türk aile hekimlerine başvurmuşturlar (77).

Kuveyt'te yapılan bir araştırmaya göre; acil servis başvuruları 6 genel hastaneye 100 kişinin ortalama acil servis başvurusu 1975 'den 1992'ye kadar kademeli olarak artarak 9'dan 109'a yükselmiştir. Bu artışın temel sebeplerinden biri, aile hekimliklerinde kolayca tedavi edilebilecek acil olmayan vakaların acil servisleri kullanmasındaki artış olarak düşünülmektedir. Acil servislerin bu şekilde uygunsuz kullanımı sağlık bakımındaki kaliteyi düşürürken, toplam sağlık harcamalarını önemli bir oranda arttırmaktadır (78). Bu sebeple Sağlık bakanlığı acil olmayan sebeplerle başvuran vakaların doğrudan geri çevrilerek aile hekimliği merkezlerine gönderilmesi kararı almıştır. Ancak uygulamada birçok engelle karşılaşıldığı bildirilmektedir (78). Aynı ülkede yapılan bir başka çalışmada, acil serviste hastaları muayene eden hekimlerin, bu hastaların % 61'inin acil olmayan sebeplerle başvurduğu ve bu hastalara herhangi bir acil girişimde bulunulmadığını tespit etmiştir. Bu çalışmada muayene edilen hastalardan sadece % 2 'sinde hayatı tehdit eden bir rahatsızlık tespit edilmişti. Acil olmayan başvuruların temel sebepleri 'kişinin kendinin acil hissetmesi', 'yüksek eğitim ve gelir seviyesinin desteklediği hastaneye kolay erişim' ve 'halk sağlığı merkezlerine ulaşımın mümkün olmaması' olarak sıralanmaktadır (79).

9. ARAŐTIRMAMIN AMACI

Artan acil servis başvuruları Türkiye’de ve dünyada sağlık sistemindeki en önemli problemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde bir yılda toplam nüfusunun üzerinde acil başvurusu olması durumu en güzel özetlemektedir. Örneğin, Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 2013 yılında acil servislere toplam 100.081.171 başvuru rapor edilmiştir (4).

Hastaların acil servisi sık tercih etmelerinin birçok sebebi olabilir. Sağlık reformu ile acil servise başvuran her hastanın muayene edilmesi zorunlu hale getirilmiŐtir. Acil servise kendini sevk eden hasta kabul edilebilir bir durumdur ancak acil müdahale ihtiyacı olmadığı halde acil servise gelen hastaları ayırŐtırmak ve bu kişilerin neden gereksiz yere acil servisi kullandıklarını analiz etmek gerekir.

Bu çalışmamda, bir üçüncü basamak hastane olan hastanemiz acil servisine başvuran ve ayaktan tedavi edilen hastaların aile hekimlerinden memnuniyetlerini EUROPEP leğini kullanarak belirlemeyi ve artan acil servis başvurularında bu memnuniyetin etkisini değerlendirmeyi amaçladım.

GEREÇ VE YÖNTEM

A.Araştırmanın Tipi ve Evreni

Araştırmanın evrenini Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran yeşil alanda muayene edilen ve sadece ayaktan tedavi düzenlenen hastalar oluşturmaktaydı. Araştırmanın yapıldığı 2015 yılında toplam 794.849 hasta acil servise başvurmuş ve bunlardan 241.351 hastaya yeşil alanda ayaktan tedavi yapılmıştır (Ek-1).

Bu araştırma Sağlık Bakanlığı Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15.07.2015 tarih ve 2011-KAEK-25/2015/14-02 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir.

B. Katılımcılar

Bu araştırma Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine Temmuz 2015 döneminde başvuran, yeşil alanda muayene edilen ve sadece ayaktan tedavi düzenlenen hastalar arasından rastgele seçilmiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmuş 18 yaş ve üzerindeki 420 hasta üzerinde yapılmıştır. Aynı dönemde toplam 22.584 hasta acil servis yeşil alanda muayene edilmiştir (Ek-2). Araştırma kapsamına alınanlar aynı dönemde acil servis yeşil alanda muayene edilen hastaların % 0,19'ünü oluşturmuştur. Hastaların araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıdaki gibidir:

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 18 yaş üzeri olması,
2. Yeşil alana ayaktan başvuran hastalar,
3. Çalışmaya katılmak istemesi,
- 4.Soruları tam cevaplaması.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

1. 18 yaş altı hastalar,
2. Kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili şikayetlerle başvuran hastalar,
3. Ölçekte sorulara cevap veremeyen hastalar,
4. Türkçe bilmeyen hastalar,
5. Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar,
6. Gözleme alınan ve hastaneye yatış yapılan hastalar.

C. Kullanılan Anket Formları

Bu araştırmada hastaların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan bir anket formu ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek üzere kullanılan, Türkçe'ye çevirisi ve geçerlilik, güvenilirlik analizleri yapılmış olan EUROPEP ölçeği kullanılmıştır (80).

Sosyo-demografik bilgilerle ilgili anket formunda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, geliri ve mesleği gibi sosyo-demografik sorular ile son bir ayda kaç defa aile hekimine ve acil servise başvurduğu, acil servisi neden tercih ettiği, aile hekiminin adını bilip bilmediği ile ilgili sorular yer almıştır.

EUROPEP (Patients Evaluate General/Family Practice) ölçeği EQUIP (European Working Party on Quality in General Practice) tarafından hazırlanmış, çeşitli Avrupa ülkelerinde aile hekimini ve aile sağlığı merkezini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. EUROPEP ölçeği, beş ayrı araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Ortaya çıkan metinler üzerinde bir uzlaşma toplantısı yapılmış ve yeni bir metin ortaya çıkarılmıştır. Bu metin, tercüme konusunda tecrübeli bir araştırmacı tarafından tekrar İngilizceye tercüme edilmiştir. Orijinal metinle çeviri metni karşılaştırılmış ve son metin oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için araştırmacıların konuyla ilgili görüşlerine başvurulmuş ve anket sorularının cevapsızlık oranlarına bakılmıştır. Bazı soruların cevapsızlık oranlarının beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun kısmen ülkemizdeki sağlık kültüründen,

kısmen de soruların yapısından kaynaklandığı düşünölmüştür. Türkçeleştirilmiş EUROPEP ölçeğinin hastaların aile hekimini ve aile sağlığı merkezini değerlendirmede uygun bir araç olduğu bulunmuştur (81).

EUROPEP ölçeğı, 16 Avrupa ölkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Uygulanan ölkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. İsviçre ve Fransa'da muayenehanesinde EUROPEP ölçeğini kullanan hekimlere meslek örgütleri tarafından sürekli tıp eğitimi puanı verilmektedir (80).

EUROPEP ölçeğı, hastanın aile hekimliğinden memnuniyetini değerlendirmede kullanılmaktadır. Hekim hasta ilişkisinden hekime erişilebilirliğe kadar 5 farklı durumu 23 soruda sorgulayan EUROPEP ölçeğı ile acil servise başvuran hastaların hangi durumdan daha memnuniyetsiz olduğu sorgulanacaktır. Ölçeğın Türkçe geçerliliğini Aktürk ve ark. tarafından sağlanmıştır (81).

EUROPEP ölçeğı 5 boyuttan ve 23 sorudan oluşmaktadır:

1. Doktor-Hasta İlişkisi (1-6. sorular)
2. Sağlık Hizmeti (7-11. sorular)
3. Enformasyon ve destek (12-15. sorular)
4. Sağlık hizmetinin organizasyonu (16-17. sorular)
5. Ulaşılabilirlik (18-23. sorular)

EUROPEP Ölçeği

- 1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi
- 2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi
- 3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması
- 4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması
- 5 Sizi dinlemesi
- 6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması
- 7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi
- 8 Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi
- 9 İşini tam yapması
- 10 Sizi muayene etmesi
- 11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler
- 12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması
- 13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi
- 14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması
- 15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması
- 16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi
- 17 Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması
- 18 Doktor dışı personelin yardımı
- 19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz
- 20 Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz
- 21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz
- 22 Bekleme odasında harcadığınız zaman
- 23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması

EUROPEP ölçeği puanlanması

- Uygun değil/ilgisiz; 0 puan
- Çok kötü; 1 puan
- Kötü; 2 puan
- Orta; 3 puan
- İyi; 4 puan
- Çok iyi; 5 puan olarak değerlendirilmektedir.

D. Yapılan İşlemler

Görüşmenin gizliliğinin sağlandığı rahat bir ortamda kişiler araştırma hakkında bilgilendirildikten ve yazılı onamları alındıktan sonra, katılımcılarla yüz yüze görüşerek, sosyo-demografik veri formu ve EUROPEP anket formu dolduruldu. Formların üzerinde katılımcının kimlik bilgisi yer almamış olup hasta gizliliğine azami özen gösterilmiş.

E. İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 20.0 paket programı kullanılmıştır. Verileri eksik olan 26 hasta analize dahil edilmemiş ve veri analizi 394 katılımcıdan alınan sonuçlar üzerinde yapılmıştır. EUROPEP ölçeği puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamasının normal dağılım gösterdiği değerlendirildi. Bu nedenle EUROPEP ölçeği toplam puan ortalamalarına ilişkin yapılan karşılaştırmada Bağımsız Gruplar t Testi kullanıldı. Katılımcıların acil servise başvuru sayıları ve aile hekimine başvuru sayıları normal dağılım göstermediği için bu özelliklerin EUROPEP ölçeği toplam puanı ile olan ilişkisi spearman korelasyon analizi ile test edildi. EUROPEP ölçeği toplam puanı ortalamalarını yaş ve ekonomik duruma göre karşılaştırmak için Kruskal Wallis Testi, eğitim durumuna göre karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Tüm istatistiksel değerlendirmeler için $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerini ve bu hizmetleri sunan aile hekimlerinden memnuniyeti değerlendirmede kullanılan EUROPEP ölçeğinin iç güvenilirlik katsayısı Cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur. Toplam ortalama EUROPEP puanı 84,27 +/- 14,64 olarak hesaplandı.

Tablo-3’de katılımcıların sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya % 59,9’u kadın ve % 40,1’i erkek toplam 384 kişi katıldı. Katılımcıların % 57,6’sının aylık geliri <1000 TL’nin altındaydı ve % 35,3’ü 1000-2000 TL arasında bir aylık gelire sahipti. Katılımcıların % 37,6’sı işçi, % 31,5’i ev hanımıydı.

Tablo 3. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	158	40,1
Kadın	236	59,9
Yaş Grupları		
<20	32	8,1
20-29	120	30,5
30-39	118	29,9
40-49	58	14,7
50-59	41	10,5
>60	25	6,3
Medeni durum		
Evli	270	68,5
Bekâr	105	26,6
Eşinden ayrılmış	19	4,8
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	31	7,9
İlkokul-ortaokul	231	58,6
Lise	82	20,8
Yüksekokul	50	12,7

Ekonomik durum		
<1000	227	57,6
1000-2000	139	35,3
2000-4000	25	6,3
>4000	3	0,8
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	51	12,9
Ev hanımı	124	31,5
İşçi	148	37,6
Çiftçi	2	0,5
Memur	11	2,8
Öğrenci	29	7,4
Profesyonel meslek elamanı	12	3,0
Emekli	17	4,3

Tablo-4’de hastaların şikayetlerinin süresi, başka doktora başvurma durumları, ilaç kullanımları ve aile hekimlerini tanıyıp tanımadıkları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Katılımcıların % 72’sinde mevcut şikayet, 4 günden daha kısa süre içinde başlamıştı ve büyük çoğunluğu bu şikayetle başka bir hekime (aile hekimi dahil) başvurmamıştı. Acil servise başvuran hastaların % 36’sı aile hekiminin adını bilmiyordu. Ayrıca hastaların % 83,8 ‘i mevcut şikayetiyle başka doktora başvurmadan ilk defa acil servise gelmişti.

Tablo 4. Hastaların şikayetlerinin süresi, başka doktora başvurma, aile hekimlerini tanıma ve halen ilaç kullanma durumları ile ilgili bilgiler

Mevcut Yakınmasının Süresi	Kişi Sayısı	%
< 24 saat	129	32,7
1-3 gün	155	39,3
4-6 gün	43	10,9
7-90 gün	40	10,2
> 90 gün	27	6,9
Başka doktora başvuru		
Var	64	16,2
Yok	330	83,8
Halen ilaç kullanımı		
Var	138	35,0
Yok	256	65,0
Doktorun ismini bilme durumu		
Var	252	64,0
Yok	142	36,0

Tablo -5’de katılımcıların son bir ayda acil servise ve aile hekimine başvuru durumları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Acil servise gelenlerin % 64,5’i aile hekimine uğramadan acil servise gelmeyi tercih etmişlerdi, % 89,6’sı son 1 ay içerisinde en az 1 kez acil servise gelmişlerdi.

Tablo 5. Son bir ayda acil servise ve aile hekimine başvurma durumu

	Kişi Sayısı	%
Son bir ay içinde aile hekimine olan başvuru sayısı		
Hiç	254	64,5
1	94	23,9
2	31	7,9
3	9	2,3
4	5	1,3
5	1	0,3
Son bir ayda acil servise olan başvuru sayısı		
Hiç	41	10,4
1	281	71,3
2	47	11,9
3	12	3,0
4	7	1,8
5	6	1,5

Tablo -6’da katılımcıların en sık hangi yakınma ile acil servise başvurduğu gösterilmiştir. Kişiler en sık üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla (tonsillit, farenjit, sinüzit ve gribal enfeksiyonlar) ve ikinci sıklıkla kronik ağrı yakınmaları ile acil servise başvurmuştu.

Tablo 6. Acil servise başvuru nedenleri

	Kişi Sayısı	%
Enfeksiyon	142	36,0
Kronik ağrı	56	14,2
Gastrointestinal yakınmalar	38	9,6
Nöroloji ile ilgili problemler	26	6,6
KBB ile ilgili problemler	25	6,3
Cildiye ile ilgili problemler	22	5,6
Üroloji ile ilgili problemler	21	5,3
Halsizlik	19	4,8
Yumuşak doku yaralanması	19	4,8
Hipertansiyon	11	2,8
Diyabetes Mellitus	1	0,3
Serum taktırma	3	0,8
Göğüs hastalıkları ile ilgili problemler	1	0,3
Romatolojik problemler	1	0,3
Göz ile ilgili problemler	3	0,8
Kardiyoloji ile ilgili problemler	1	0,3
Diş ağrısı	2	0,5
Psikiyatri ile ilgili problemler	2	0,5
Genel cerrahi ile ilgili problemler	1	0,3

Tablo -7’de katılımcıların acil servisi tercih etme nedenleri sıklık sırasına göre gösterilmektedir. Acil servisi en sık tercih nedeni ağrı (% 23,1) olarak belirlenmiştir. İkinci sıklıkla saptanan neden ise hastaların durumlarının acil olduğunu düşünmesidir (% 16,2). Üçüncü sıklıkla belirlenen neden ise (% 16,0) acil servisin mesai saatleri dışında hizmet vermesidir.

Tablo 7. Katılımcıların acil servisi tercih etmelerinin nedenleri

	Kişi Sayısı	%
Çok fazla ağrı hissetme	91	23,1
Acil olduğunu düşünme	64	16,2
Mesai dışı çalışma	63	16,0
Endişe (iyi hissetmeme, aile hekiminden memnun olmama gibi diğer faktörler)	35	8,9
Hızlı muayene ve hızlı tedavi	30	7,6
Daha iyi müdahale edilmesi	21	5,3
Yakın olması	17	4,3
Daha iyi tahlil ve tetkik imkanı	13	3,3
Fikir bildirmedir	60	15,2

Tablo -8’de EUROPEP ölçeği madde puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları verilmiştir. Madde puan ortalamalarının en düşük olduğu durumlar ulaşılabilirlik ile ilgili konulardır (18-23. sorular).

Tablo 8. Tüm katılımcıların EUROPEP ölçeği madde puanlarının ortalamaları

	Ortalama	Standart sapma
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu Hissettirmesi	3,70	0,85
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	3,83	0,82
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	3,86	0,83
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	3,75	0,83
5 Sizi dinlemesi	3,96	0,81
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	3,77	0,80
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	3,70	0,82
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardımcı etmesi	3,77	0,80
9 İşini tam yapması	3,94	0,82
10 Sizi muayene etmesi	3,98	0,74
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	3,82	0,86
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	3,78	0,83
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	3,84	0,83
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	3,67	0,87
15 Tavsiyelerine umanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	3,80	0,83
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	3,69	0,90
17 Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	3,70	0,84

18 Doktor dışı personelin yardımı	3,60	0,92
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	3,59	1,00
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	3,03	1,28
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	2,59	1,31
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman	3,28	1,02
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	3,52	1,02



Tablo -9'da katılımcıların aile hekimlerinden memnuniyet durumları gösterilmiştir. Katılımcıların en memnun olduğu durumlar aile hekiminin hastayı dinlemesi ve muayene etmesidir (% 76,9). Katılımcıların en memnuniyetsiz olduğu durumlar doktora (% 42,1) ve aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme (% 28,9) konularıdır.

Tablo 9. Katılımcıların EUROPEP ölçeğine göre memnuniyet durumu

	Memnun %	Memnun değil %
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	72,3	7,6
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	73,6	5,6
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	71,6	5,1
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	65,8	5,4
5 Sizi dinlemesi	76,9	4,6
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	57,6	4,5
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	61,3	10,8
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	66,8	5,1
9 İşini tam yapması	75,4	4,8
10 Sizi muayene etmesi	76,9	2,3
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)	67,7	5,9
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	66,5	5,4
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	68,8	4,8
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	61,7	7,9
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	68,7	5,3

16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	62,2	7,6
17 Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	61,4	4,8
18 Doktor dışı personelin yardımı	60,7	9,9
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	59,6	11,7
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	40,3	28,9
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	26,4	42,1
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman	47,5	19,8
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	55,5	13,7

Not: Memnun olmayanların yüzdesi kötü ve çok kötü seçeneğini işaretleyen hastalardır. Memnun olduğunu bildiren hastaların yüzdesi ise iyi ve çok iyi seçeneğini işaretleyen hastaların yüzdesidir.

Tablo -10’da son bir ay içinde acil servise başvurma sayısı, aile hekimine başvurma sayısı, yaş ve EUROPEP ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki gösterilmektedir. Hastaların aile hekimine başvuru sayısı ile acil servise başvuru sayısı arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Son bir ay içinde hekime başvuru özellikleri ve EUROPEP ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki*

	1	2	3
1-EUROPEP toplam	-		
2-acil başvuru sayısı	-0,012		
3-yaş	0,036	0,025	
4-aile hekimliği başvuru sayısı	0,093	0,321**	0,053

*Spearman testi kullanıldı

Tablo -11’da sosyo-demografik özelliklere göre EUROPEP ölçeği toplam puanı ilişkisi gösterilmektedir. Bu amaçla veriler normal dağılım gösterdiği için t testi kullanılmıştır. Enfeksiyon (tonsillit, sinüzit, gribal enfeksiyonlar vb.) şikayetleri ile gelen hastaların aile hekimlerinden memnuniyetleri anlamlı derecede ($p=0,015$) düşük bulunmuştur.

Tablo 11. EUROPEP ölçeği toplam puanı ile hasta başvuru özellikleri arasındaki ilişki

	Ortalama±Standart sapma	F	T	P
Başka doktora başvuru				
Var	82,59±14,35	0,006	-1,005	0,316
Yok	84,60±14,69			
Doktorun ismini bilme				
Var	85,33±14,60	0,00	1,915	0,056
Yok	82,40±14,55			
Başvuru nedeni				
Enfeksiyon	81,88±14,67	0,827	-2,447	0,015
Diğer nedenler	85,62±14,47			

Tablo -12’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre memnuniyet durumları gösterilmiştir. Eğitim durumu, ekonomik düzey ve yaş değişkenleri ile EUROPEP ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 12. Sosyo-demografik özelliklere göre EUROPEP ölçeği toplam puanı ortalamalarının değişimi

	N	Ortalama ± Standart Sapma	P
Cinsiyet			
Erkek	158	83,24±15,38	0,251
Kadın	236	84,97±14,11	
Eğitim			
Okuryazar değil	31	84,77±11,85	0,986
İlkokul-ortaokul	231	84,05±14,97	
Lise	82	84,43±15,11	
Yüksekokul	50	84,72±14,25	
Ekonomik Düzeyi			
<1000	227	84,03±14,22	0,367
1000-2000	139	84,25±14,59	
>2000-4000	28	86,35±18,23	
Yaş Grupları			
<20	32	83,87±16,81	0,244
20-29	120	83,25±14,20	
30-39	118	83,94±15,46	
40-49	58	88,55±13,70	
50-59	41	82,21±14,90	
>60	25	84,27±14,64	

Tablo -13’de kayıtlı olunan aile hekimliği merkezinin acil servise uzaklığına göre değişen hasta memnuniyet durumları verilmiştir. Sadece anlamlı fark tespit edilen konular tabloda gösterilmiştir. ‘Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’ sorusuna verilen cevaplarda memnuniyetin en fazla olduğu ilçe Yıldırım’dı, aynı konu için memnuniyetin en düşük olduğu ilçe Kestel’di. ‘Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz’ konusuna verilen cevaplarda memnuniyetin en fazla olduğu ilçe Gürsu’ydu, memnuniyetin en düşük olduğu grup il dışından başvuranlardı. ‘Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilmeniz’ ve ‘Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz’ konularına verilen cevaplarda memnuniyetin en fazla olduğu ilçeler Osmangazi ve Nilüfer’di, memnuniyetin en düşük olduğu ilçe Kestel’di. ‘Bekleme odasında harcadığınız zaman’ konusuna verilen cevaplarda memnuniyetin en fazla olduğu ilçe Kestel’di, memnuniyetin en düşük olduğu ilçe Yıldırım’dı.

Tablo 13. Kayıtlı olan aile hekimliği merkezine göre ortalamaları değişen EUROPEP ölçeği madde puan ortalamaları ve Kruskal Wallis Testi sonuçları.

		N		P
6. Soru: Kayıt ve bilgileri gizli tutma	Yıldırım	253	3,83±0,83	0,035
	Osmangazi ve Nilüfer	22	3,77±0,92	
	Gürsu	38	3,76±0,71	
	Kestel	48	3,45±0,71	
	İl dışı	33	3,75±0,70	
19. Soru: Uygun zamanlara randevu alabilme	Yıldırım	253	3,46±1,11	0,015
	Osmangazi ve Nilüfer	22	3,68±0,94	
	Gürsu	38	4,00±0,56	
	Kestel	48	3,85±0,58	
	İl dışı	33	3,63±0,71	
20. Soru: Aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme	Yıldırım	253	3,24±1,18	<0,001
	Osmangazi ve Nilüfer	22	3,54±1,22	
	Gürsu	38	2,55±1,34	
	Kestel	48	2,18±1,42	
	İl dışı	33	2,78±1,19	

21. Soru: Doktora telefonla ulaşabilme	Yıldırım	253	2,75±1,27	<0,001
	Osmangazi ve Nilüfer	22	3,22±1,10	
	Gürsu	38	2,13±1,27	
	Kestel	48	1,77±1,29	
	İl dışı	33	2,66±1,26	
22. Soru: Bekleme odasında harcanan zaman	Yıldırım ilçesi	253	3,15±1,08	<0,001
	Osmangazi ve Nilüfer	22	3,45±1.14	
	Gürsu	38	3,63±0,78	
	Kestel	48	3,75±0,66	
	İl dışı	33	3,18±0,88	

TARTIŞMA

Çalışmamın sonucunda, acil servise başvuru sebepleri sırasıyla aşırı ağrı hissetme, rahatsızlığının acil olduğunu düşünme ve mesai saatleri dışında aile hekimliklerinin kapalı olması şeklindeydi. Acil servise başvuran hastalardan özellikle yakın yerleşimde bir aile hekimine kayıtlı olanlar EUROPEP sonuçlarına göre ulaşılabilirlik konusunda sıkıntı yaşamaktaydı. Ayrıca acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğunda (% 68,4) şikayetlerin son 3 gün içerisinde ortaya çıktığını, acil servise başvuranların % 64,5'inin aile hekimine son 1 ay içerisinde hiç gitmediğini ve hastaların en sık enfeksiyon ve ağrı kaynaklı sebeplerle başvurduğunu tespit ettim. Bölgede hastaların aile hekimlerine geliş sıklığı ile acil servise başvurma sıklığı arasında pozitif bir ilişki olduğunu buldum.

Çalışmamda hasta başvuru şikayetlerinin başlama süresini yapılan diğer çalışma sonuçlarına göre daha uzun buldum. Yapılan bir çalışmada ilk 24 saatte acil servise başvuran hastaların oranı % 64,5 bulunmuştur (82). Durand ve ark.'nın çalışmasında ise ilk 24 saatte başvuranların oranı % 77,7 bulunmuştur (83). Bianco ve ark.'nın yaptığı çalışmada ilk 24 saatte başvuranların oranı % 77,3 bulunmuştur (38). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ilk 24 saatte başvuranların oranı % 73 bulunmuştur (84). Çalışmamda acil servise ilk 24 saatte başvuranların oranı % 32,7 ve ilk 3 günde başvuru oranı % 68,4 buldum. Bu sonuçlar özellikle akut vakaların acil servisi tercih ettiklerini göstermektedir. Önceki çalışmalar sadece yeşil alan hastalarını değil tüm acil servis başvurularını kapsadığı için son 24 saatte ortaya çıkan yakınmaların oranı daha yüksek bulunmuş olabilir. Aynı zamanda çalışmamda sadece 18 yaş üzerindeki erişkin nüfusu dahil ettiğim ve kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili şikayetlerle başvuran hastaları dışlandığım için ilk 24 saatte başvuru oranı düşük kalmış olabilir.

Çalışmamda hastaların % 10,2'sinin acil servise başvuru ile ilgili şikayetleri bir hafta – üç aydır mevcuttu. Hastaların % 6,9'unda ise kişileri acil servise getiren şikayet 3 aydan daha uzun bir süredir mevcuttu. Bu grup hastalar kronik hasta olarak sınıflanabilir. Özellikle üç aydan daha uzun süredir aynı yakınmaları olan hastaların tetkik ve tedavi edilecekleri sağlık noktalarının acil servislerin olmaması gerektiğini düşünüyorum. Kanada'da yapılan bir çalışmada acil servisi sık kullanan hastalar acil

servise gelen hastaların % 4,5-8'i iken bu hastaların acil servis ziyaretleri toplam acil servis başvurularının % 21-28'i kadar bulunmuştur (68). İsveç'te acil servise başvuran 2000 hasta incelenmiş, yılda en az 4 defa başvuran hastaların; acil başvurularının % 18'ini oluşturduğu tespit edilmiştir. Bazı uç vakaların ise yılda 70 kez acil servise geldikleri belirlenmiştir. İrlanda'da yapılan benzer bir çalışmada da hastaların % 3'ünün başvuruların % 12'sine karşılık geldiği görülmüştür. Tekrarlayan başvurular da çoğu zaman acil olmayan vakalardan oluşmaktadır (56). Görüldüğü gibi acil olmayan sebeplerle acil servise gelen kronik hastalar sağlık sistemi üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Çalışmamda da hastaların % 17,1'inin kronik sebeplerle acil servisi meşgul ettiğini tespit ettim.

En sık acil servise başvuru sebeplerini incelendiğinde Çiftçi ve ark. enfeksiyon hastalıkları ile başvuru oranını % 19 ve karın ağrısı ile başvuru oranını % 6,3 bulmuşlardır (85). Benzer bir çalışmada, acil servise gelen hastaların başvuru nedenleri incelenmiş ve enfeksiyon hastalıkları sebebiyle başvuranlar % 17,6 ve karın ağrısı şikayetiyle başvuranlar % 11,5 bulunmuştur (86). Diğer bir çalışmada enfeksiyon hastalıkları sebebiyle başvuru oranı % 39,4 ve kas ağrıları nedeniyle başvuru oranı % 9,1 bulunmuştur (87). Bektemür G. ve ark.'nın yaptığı çalışmada 'solunum sistemi hastalıkları' % 29,87 ve 'kas iskelet sistemi rahatsızlıkları' % 8,07 bulunmuştur (88). Çalışmamda katılımcıların acil servise en sık başvuru nedeni olarak enfeksiyon hastalıklarını (tonsillit, faranjit, sinüzit, gribal enfeksiyonlar vb.) % 36 oranında, ikinci sıklıkla kronik ağrıları % 14,2 oranında ve üçüncü sıklıkla karın ağrısını (gastroenterit, gastrit, peptik ulcus, vb.) % 9,6 oranında buldum. Çalışmamın sonuçları literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdir. Acil servise en sık başvuru sebepleri akut enfeksiyon ve ağrı olarak görülmektedir.

Akpınar ve ark.'nın yaptığı çalışmada; hastaların acil servisi tercih etme nedenlerine bakıldığında 'yakın olması' % 18,9 , 'çalışanlara güven' % 15,6 ve 'beğenilen imkanlar' % 12,8 bulunmuştur (89). Lucas ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, acil servise başvuran hastaların % 72'si ana şikayetlerinin orta veya ciddi olduğunu düşünmektedir ve % 59 'u şikayetlerinin acilen tıbbi yardım gerektirdiğini belirtmişlerdir (43). Bir başka çalışmada hastaların acil servisi tercih etme nedenlerine bakıldığında % 85,8'i 'ağrı şikayetinden' dolayı, hastaların % 60,5'i 'acil

olduğunu' düşünmesinden acil servisi tercih etmiş gözükme (82). Diğer bir çalışmada ise hastaların % 74,3'ünün durumlarını acil olarak kabul ettikleri için acil servise gittikleri rapor edilmiştir (90). Bianco ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların acil servisi tercih etmelerinin en önemli nedeni olarak 'acil olduklarını düşünmeleri' tespit edilmiştir (38). Bir diğer çalışmada 'acil olduğunu düşünme' % 58 olarak bulunmuştur (91). Shah ve ark.'nın yaptıkları çalışmada hastaların % 10,7'si acil bir duruma sahip olduklarını düşündükleri için acil servisi tercih ettiklerini belirtmişlerdir (78). Yapılan bir çalışmada acil servislere yakın yerleşim bölgesinde yaşayan hastalar bu birimleri daha sık kullanmaktadır ve gerçekten acil serviste tedavi ihtiyacı olan hastalar daha uzun mesafeler kat ederek gelmektedirler (31). Çalışmamda ise bu sebepler azalan sıklıkla şu şekildedir: 'Çok fazla ağrı hissetme' (bel ağrıları, baş ağrıları özellikle migren hastaları, travmaya bağlı ağrılar ve enfeksiyona bağlı vücut ağrıları) % 23,1; 'acil olduğunu düşünme' % 16,2; 'mesai dışı saatlerde çalışma' % 16,0'dır. Ayrıca hastaların % 7,6'sı 'hızlı muayene ve hızlı tedavi', % 5,3'ü 'daha iyi müdahale edilmesi', % 4,3'ü 'yakın olması' ve % 3,3'ü 'tahlil ve tetkik imkanı olması' nedenleriyle acil servisi tercih ettiklerini belirttiler. Acil servise başvuran hastaları acil servise getiren en önemli sebep acil olduklarını düşünmedir ve ağrı semptomu da bir diğer önemli sebeptir.

Çalışmamda acil olmayan hastaların acil servisi kullanmasını diğer çalışmalarla benzer buldum. Almanya'da yapılan bir çalışmada acil servise gelen vakaların % 40-90'ı mesai saatleri içerisinde tedavi edilebilecek hastalardır (57). Fransa'da yapılan çalışmada hastaların üçte biri uygunsuz acil servis başvurusu yapmaktadır (65). İtalya'da yapılan bir çalışmaya göre acil serviste muayene edilen hastaların üçte ikisi kendilerini acil olarak görmemektedir (38). Yine Kuveyt'te yapılan başka bir çalışmada acil serviste hastaları muayene eden hekimlerin, bu hastaların % 61'inin acil olmayan sebeplerle başvurduğu ve bu hastalara herhangi bir acil girişimde bulunulmadığı tespit edilmiştir (30). Hong Kong'da yapılan bir çalışmaya göre acil servise başvuran hastaların % 57'sinin aile hekimliklerinde rahatlıkla müdahale edilebileceği bildirilmektedir (39). Acil servis yeşil alanda muayene edilen hastalar aynı zamanda acil servise uygunsuz başvuran kişiler olarak değerlendirilebilir. Hastanemizde Temmuz 2015 de acil servise başvuran hastaların % 30,36'sı yeşil alanda muayene edilen vakalardan oluşmaktaydı (Ek-2).

Acil olmayan acil servis başvurularını tartışırken, ‘traj’ ayrımı yetersiz kalmaktadır. Biz acil olmayan başvuruları yeşil alanda değerlendirilen hastalar olarak ele aldık. Ancak görülmektedir ki muhtemelen tanımlama farklılığından, yeşil alana yönlendirilen hastalar diğer ülkelerdeki acil olmayan başvuruların yarısı kadar kalmıştır. Hastanemizde ilk triaj değerlendirmesi hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu uygulama dünyadaki triaj uygulamalarına benzerdir. Daha önceki uluslararası çalışmalarda hemşire veya hekim tarafından yapılan triaj ayrımı arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (39). Ve hatta hastaların kendi kendilerine yaptıkları triaj renk seçimlerinin de sağlık profesyonelleri tarafından yapılan triaj uygulamasına benzer olduğu gösterilmiştir (39). Buradan çıkan sonuç bilinçli hasta grubunun acil servis işleyişine pozitif katkısı olacağı yönündedir. Sağlık okuryazarlığının sık acil başvurularında belirleyici olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığının; hasta memnuniyetini, acil başvuru sıklığını ve sağlık maliyetlerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (92). Sağlık okuryazarlığı sadece acil servis başvurularını değil aile hekimlerine başvurularını da etkilemektedir. Diyabetes Mellitus hastalarında yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının insülin kullanımı ve HbA1c değerleri ile de ilişkili olduğu bulunmuştur. KOAH hastalarında sağlık okuryazarlığı kullanılan ilaç dozlarını, hastane yatış sayılarını ve yaşam kalitelerini etkilediği gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı tanımlanırken aslında vurgulanması gereken toplumun ‘sağlık kültürü’ olmalıdır.

Çalışmamda acil servise uygunsuz başvuran hastaların sosyo-demografik verileri incelendiğinde diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. İtalya’da yapılan bir çalışmada genç-kadın hastalar ve kronik hastalıkları olanlar acil olmayan şikayetlerle daha sık acil servis başvuruları yapmaktadırlar (38). İngiltere’de yapılan bir çalışmada mesai saatleri dışında acil servisi tercih eden hastaların büyük çoğunlunu genç hastalar oluşturmaktadır (63). Fransa’da yapılan bir çalışmada acil servislerin düşük sosyal-kültürel seviyedeki kişiler tarafından birinci basamak hizmetleri yerine kullanıldığı belirtilmiştir (65). Çalışmamda ise acil servise uygunsuz başvuran hastaların % 66’sı düşük eğitim seviyesinde, % 57’si düşük gelirden ve % 38,5’i genç yaştaki hastalardan oluşmaktaydı.

Çalışmamda eğitim durumu, ekonomik düzey, yaş ve cinsiyet değişkenleri ile EUROPEP ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulmadım. Aktürk ve ark. çalışmalarında (79) kadınların ve erkeklerin memnuniyet ortalamaları arasındaki fark az olmakla beraber bu farkın sadece doktor-hasta ilişkisi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu göstermişlerdir. Yine Aktürk ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada Türkiye’de 2010-2012 yılları arasında birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet oranı İç Anadolu bölgesinde en düşük memnuniyet değerlerine sahip bulunmuştur. Bu durum bölgenin düşük sosyoekonomik imkanları ile açıklanmaya çalışılmıştır (27).

Çalışmamda hastaların aile hekimlerinden memnuniyetini diğer çalışmalara göre düşük buldum. Aktürk ve ark. çalışmalarında Bursa’da bu oran % 89,5 bulunmuştur (81). Mete ve ark.’nın Malatya’da yaptıkları çalışmada katılımcıların % 80,7’si aile hekimliği sisteminden; memnun\ çok memnun olduklarını belirtmişlerdir (25). Bostan ve ark.’nın Gümüşhane’de yaptığı çalışmada genel memnuniyet düzeyi % 87,5 saptanmıştır (26). Çalışmamda ise hastaların aile hekimlerinden memnuniyeti % 62,8’di. Bu fark bize acil servise gelen hastaların aile hekimlerinden daha az memnun olduklarını göstermektedir. Hastaların memnuniyetlerinin en yüksek olduğu konunun doktorun hastayı dinlemesi ve muayene etmesi (% 76,9) olarak buldum. Aktürk ve ark. çalışmalarında da Bursa’da hastaların memnuniyetinin en yüksek olduğu konu doktorun hastayı dinlemesidir (81). Hastaların memnuniyetsizliğinin en yüksek olduğu konular ise doktora ve aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme gücüyle uzun süre beklemek zorunda kalmakla ilgilidir. Bu konular ulaşılabilirlik alt başlığı altında toplanabilir. Baltacı ve ark.’nın Düzce’de yaptıkları çalışmada ‘telefonla aile hekimine ulaşma’ ve ‘randevu hizmetlerinden faydalanma’ konusunda hastaların en az memnun oldukları görülmüştür (24). Bostan ve ark.’nın çalışmasında hastaların en az memnun olduğu konular aile hekimlerinin verdiği koruyucu hizmetler ve onların sorunları ile başa çıkabilmeleri için sunduğu destek olarak bulunmuştur. Ek olarak hastalar hekim dışındaki personelden de memnun değillerdi (26). Vedsted ve ark.’nın yaptıkları çalışmada da memnuniyet ulaşılabilirlik sorularında en az bulunmuştur (93). Aktürk ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada Türkiye’de 2010-2012 yılları arasında birinci basamak hizmetlerinden en yüksek memnuniyetin hasta-hekim ilişkilerinde olduğu tespit

edildi. Aynı çalışmada nispeten düşük memnuniyet değerleri 'ulaşılabilirlik' başlığı altında toplanmıştır. Ulaşılabilirlikten kasıt telefonla ulaşım, randevu sistemi ve muayene bekleme süresidir. Yurt dışında yapılan benzer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Düşük ulaşılabilirlik yüksek acil servis başvurularına zemin hazırlamaktadır (27).

Çalışmamda hastaların % 35'i hali hazırda mevcut şikayetleri için ilaç kullanıyordu. Bu hastaların büyük çoğunluğu (% 73) ilk 72 saatte acil servise başvurmuştur. Kendisine tedavi düzenlenmesine rağmen hastalar yine de acil servise gelmektedirler. Kendilerine ilaç yazılan hastaların daha memnun ayrıldığı rapor edilmiştir (94). Hastalar antibiyotik yazdırma veya istirahat raporu almak için de aile hekimlerinin dışında hekimlere başvurabilmektedir. Bu durum akılcı ilaç kullanımına aykırı bir uygulamaya ve suistimale neden olabilir.

Çalışmamda acil servise başvurudan önce başka doktora muayene olan hasta oranı diğer çalışmalardan daha düşük olarak bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada hastaların % 35,2'si acil servise gelmeden önce ilgili şikayeti ile poliklinikte muayene olmuştur (82). Bir başka çalışmada acil servise başvuranların % 38,7'sinin önce bir doktora muayene olduğu bulunmuştur (95). Afilalo ve ark.'nın çalışmalarında hastaların % 22,1'i acil servise gelmeden önce bir uzmana başvurduklarını ifade etmişlerdir (67). Çalışmamda hastaların acil servise başvurusundan önce başka doktora muayene olma oranı % 16,2'dir.

Acil servise gelen hastaların % 83,8'inin mevcut şikayetleriyle herhangi başka bir doktora başvurmadan acil servise gelmeleri ülkemizde sevk zincirinin henüz işlerlik kazanmamasından kaynaklı olabilir. 1 Kasım 2008 yılında Denizli, Isparta ve Gümüşhane'de uygulanmasına başlanılan sevk zinciri zorunluluğunun 2009 yılında 23 ilde başlatılması planlanmaktaydı ancak uygulamanın ülke genelinde yaygınlaşması üzerindeki çalışmalara halen devam edilmektedir (96). Hofmarcher ve ark. tarafından 2007 yılında yayınlanan OECD raporuna göre birinci basamak sağlık bakım hizmetlerine giriş için sevk zinciri çoğu ülkede önerilmektedir. Bu rapora göre aile hekimleri ülkelerin % 58'inde hastalarını yataklı servis bakımı için uzmana sevk ederken, OECD ülkelerinin % 46'sında poliklinik bakımı için sevk etmektedir. Hastalar (sadece % 4 OECD ülkesinde) nadiren uzmana sevksiz gitmektedir. İsveç'te

aile hekimi sayısı düşük olduğu için hastalar doğrudan uzmana gidebilmektedir. Belçika, Fransa ve Almanya birinci basamak sevkiyle gelen hastalardan daha düşük ücret almaktadırlar. Avusturya'da da hastalar ayaktan tedavi polikliniklerine doğrudan gidebilmektedir. Fakat son yıllarda aile hekimliği sevki bu ülkede de yaygınlaşmaktadır. Son güncellemelere göre Avrupa ülkelerinden sadece İsveç, Türkiye, Polonya ve Avusturya'da sevk zinciri yoktur. Çek Cumhuriyeti, İngiltere, Finlandiya, İtalya, Litvanya, Hollanda, Romanya, Slovakya, Slovenya ve İspanya'da hastaların genellikle önce aile hekimine başvurması beklenmektedir. Buna karşılık Avusturya, Belçika, Danimarka, Estonya, Fransa, Almanya, Polonya ve İsveç'te caydırıcı ek ödemelerle hastaların öncelikle birinci basamak aile hekimine başvurmasını sağlanmaya çalışılmaktadır (97).

Birinci basamakta sevk zincirini tartışırken her bir aile hekimliğine kayıtlı nüfus sayısı da göz önünde bulundurulmalıdır. Avrupa ülkelerinde Avusturya'da bu sayı 800, Belçika'da 588-1056, Çek Cumhuriyeti'nde ortalama 1613 yetişkin 952 çocuk, Danimarka'da 1400-1500, İngiltere'de 1200-2200, Fransa'da 1000-1500, Almanya'da 1500-2000, Hollanda'da 2250 ve Polonya'da 4161 olarak rapor edilmiştir (98). Bu rakamlardan sadece Polonya'da aile hekimi başına düşen nüfus ülkemiz ortalamasına yakındır. Ülkemizde aile hekimi başına düşen nüfusu azaltmaya yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu nüfusun kademeli olarak aile hekimi başına 2500 kişiye indirilmesi hedeflenmektedir. Aile hekimi başına düşen nüfusun azaltılması, Avrupa'daki örneklerine yaklaştırılması, sevk zinciri ile ilgili gelecekteki planlamaların başarı şansını artıracaktır.

Türkiye'de aile hekimliği sözleşmeli statüde uygulanmaktadır. Aile hekimlerine ödemeler performansa dayalı bir sistem ile devlet tarafından sağlanmaktadır. Buna karşılık Avusturya'da aile hekimlerinin % 50'si özel muayenehanelerinde hizmet vermektedir. Bu aile hekimlerinin ödemeleri FFS adı verilen bir sistem tarafından karşılanmaktadır. Belçika'da çoğu aile hekimi özelde çalışmaktadır. Sadece üniversite hastanesinde çalışanlar maaşla çalışmaktadır. Hastalar aldıkları hizmetin karşılığını kendileri öderken % 75'ini devletten geri almaktadırlar. İngiltere'de çoğu aile hekimi özelde çalışırken sadece üçte bir oranında aile hekimi maaş karşılığı hizmet vermektedir. Aile hekimine ödemelerde

yaş, cinsiyet ve diğer faktörler belirleyicidir. Fransa’da ve Almanya’da da aile hekimleri özel olarak çalışmaktadır ve servis ücreti almaktadır. Ek olarak mesai dışı saatlerde çalışıldığında örneğin Avusturya, Belçika, Danimarka, İngiltere, Finlandiya, Fransa, Almanya, kısmen İtalya, Hollanda ve İspanya’da aile hekimleri muayene başına ek ödeme almaktadır (98). Ülkemizde ise sadece Cumartesi günleri 08-16 saatleri arasında aile sağlığı merkezlerinde ek mesai yapılmakta ve sağlık personeline çalıştıkları süre için sabit bir ücret ödenmektedir. Yurtdışında olduğu gibi mesai dışı hizmet için ödenen ekstra gelir aile hekimleri için özendirici olabilir. Ülkemizde de benzer uygulamalarla hastaların ilk olarak aile hekimlerine başvurması sağlanabilir.

Enfeksiyon (tonsillit, sinüzit, gribal enfeksiyonlar vb) şikayetleri ile gelen hastaların aile hekimlerinden memnuniyetleri anlamlı derecede düşük buldum. Hastaları acil servise getiren en önemli etkenlerden bir tanesi semptomlardır. Hatta semptomlar hastanın kendisini en acil hissetmesine de sebep olabilir. Enfeksiyonlar semptomların fazlaca olduğu durumlardır. Hastalar daha öncesinden hekime gitmiş de olsalar veya evde bulunan ilaçlarını kullanmış da olsalar semptomları devam ettiği için yakın olan acil servislere gidebilmektedir. Acil servislerde de hekimlerin daha çok tetkik isteme ve ilaç yazma eğiliminde oldukları gösterilmiştir (64). Hasta durumunu daha fazla ciddiye aldığını düşündüğü acil servise semptomlarında gerileme olmadığı için başvurabilmektedir. Ancak gözden kaçan nokta acil servislerde daha fazla tetkik edilen ve daha fazla ilaç reçete edilebilen bu vakaların tedavi sonuçları bu girişimlerden etkilenmemektedir.

Enfeksiyon şikayeti ile acil servise başvuran hastaların aile hekimlerinden daha az memnun olmaları enfeksiyon hastalıklarının kişilerin duygu durumunu olumsuz etkilemesiyle de ilişkili olabilir. Sağlıklı kişilerde sistemik enfeksiyonun belirgin davranış değişikliklerine yol açtığı gösterilmiştir. Bu davranış değişiklikleri bilinçsel fonksiyonları ve duygu durum semptomlarını (anksiyete, depresyon, hafıza kaybı) kapsar. Sistemik enfeksiyonun tetiklediği bu psikiyatrik değişiklikler ‘hastalık hali davranışları’ olarak bilinmektedir. İnsan çalışmaları enflamatuar sitokinlerin bu hastalık hali davranışlarında temel rol oynadığını göstermiştir. Sitokin kaynaklı hastalık hali davranışları majör depresyon semptomları ile kuvvetli benzerlikler

göstermektedir. Bu çalışmada, benim çalışmamda olduğu gibi enfeksiyon hastalıkları sebebiyle acil servise başvuran hastalarda aile hekiminden memnuniyetsizliğin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu memnuniyetsizlik yukarıda bahsedilen hastalık hali davranışı ile ilişkili olabilir (99).

Yine enfeksiyon sebebiyle acil servise başvuran hastalar semptomlarının bir an önce düzelmesi beklentisindedirler. Aile hekimleri akılcı ilaç kullanımı kapsamında, viral kaynaklı olduğunu düşündükleri vakalarda antibiyotik yazmaktan kaçınmaktadırlar. Yakınmaları düzelmeyen hasta başka bir hekime daha başvurmayı tercih etmektedir. Yapılan bir çalışmada hastalar dört kategoriye ayrılmış, bunlardan bir grup hasta risk almadan işlemlerini daha hızlı halledeceklerini düşündükleri acil servislere başvurmayı daha çok tercih etmiştir (54). Kendilerinde enfeksiyon olduğu düşünülen ve tetkik istenen hastalar sonuçlarını kolayca elde edebilecekleri acil servisleri tercih edebilmektedir.

Kronik ağrı kişileri acil servise getiren en sık sebeplerdendir. Hastalar ağrı hissettiklerinde acil servise ağrının şiddetinin artması, aldığı tedbirlerin işe yaramaması ve eşlik eden stres ve anksiyete sebebiyle giderler (100-103). Kronik ağrının alevlenmesinde tek bir sebep aramak doğru değildir. Uyku bozuklukları, psikolojik sebepler, sosyal nedenler, azalmış aktivite, tekrarlayan tedavi başarısızlıkları, mevcut hastalığın ilerlemesi ve kültürel sebepler ağrının alevlenmesini tetikleyebilir. Acil servise gelen ağrılar; abdominal ağrı, lumbalji, baş ağrısı ya da göğüs ağrısı olabilir. Bazı hastalar ağrıyı yaşamını tehdit eden bir durum olarak algılayabilir. Çoğu zaman ise hastanın bu algısı sağlık personelinin teşhisiyle örtüşmemektedir. Bu gibi durumlarda hastada güven azalması ve memnuniyetsizlikte bir artış söz konusu olabilir. Acil servise gelen hastanın temel beklentisi ağrının hızla ortadan kalkmasıdır. Eğer ağrı derhal ortadan kaldırılamazsa, bir gecikme söz konusu olduğunda, hastalar memnuniyetsizlik davranışları sergileyebilir. Bir çalışmada hastalar ortalama 23 dakikada ağrılarına müdahale edilmesini beklemektedirler. Ancak gerçekte analjezi sağlanması için geçen süre 78 dakikadır. Bu durum sadece acil servisler için değil aile hekimlerine başvuran hastalar için de söz konusu olabilir. Geciken müdahale artan memnuniyetsizliği beraberinde getirmektedir (100).

Diğer bütün rahatsızlıklarda olduğu gibi kronik ağrı yakınmasıyla başvuran hastalarda da tam bir fizik muayene yapılması gereklidir. Aynı zamanda hastanın risk profili de çıkarılmalıdır. Risk profilini etkileyen faktörler; düşük IQ, depresyon öyküsü ve ailenin istismarı gibi sebepler olabilir. Arttırıcı faktörler ise minör travma, stres veya sosyal sebeplerden kaynaklı anksiyete olabilir. Hastaya biyopsikososyal yaklaşım uygulandığında obezite ve finansal sebepler de göz ardı edilmemelidir. Biyopsikososyal yaklaşımın acil servisteki yoğunluk göz önüne alındığında, uygulanması zor görülmektedir. Çalışmamda % 14,2 oranında vakanın kronik ağrı sebebiyle acil servise başvurduğunu tespit ettim. Kronik ağrı yakınması olan hastaların öncelikli olarak aile hekimliklerinde değerlendirilmesi uygun olduğunu düşünüyorum (100).

Gastrointestinal sistem yakınmalarıyla hastanemiz acil servis yeşil alanında muayene edilen hasta oranı % 9,6 olarak tespit ettim. Köse ve ark. yaptıkları bir çalışmada bu oranı % 2,5 olarak bulmuşlar (86), Edirne ve ark. ise gastrointestinal yakınmalarla acil servise gelen hasta oranı % 8,9 olarak bildirmişlerdir. İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nin 2014 yılı için yayınladığı istatistiklere göre bölgelerinde bulunan ikinci basamak devlet hastanelerinde sindirim sistemi yakınmaları sebebiyle acil servise başvuran hasta oranı % 4,9 olarak rapor edilmiştir. Aynı dönemde bölgedeki Eğitim ve Araştırma Hastanesine benzer şikayetlerle başvuran hastaların oranı % 9,83 olarak verilmiştir (4). Durand ve ark. Fransa'da yaptıkları bir araştırma sonucuna göre acil servise gastrointestinal sistem yakınmalarıyla başvuran hasta oranı % 8,3 olarak bulmuşlardır (83). Çalışmamda elde ettiğim sonuçlar Türkiye'de ve dünyada daha önce yapılan araştırmalarla uyumludur. Üçüncü basamak hastanelere daha fazla oranda gastrointestinal yakınmalarla başvuru, tetkik imkanının fazlalığı veya özellikli uzman sağlık personelinin bu hastanelerde daha fazla istihdam edilmesi ile açıklanabilir.

Birçok çalışma, acil servisi sık kullanan hastaların aynı zamanda aile hekimlerine de sık başvuran kişiler olduğu gösterilmiştir (70,71). Bu durum kişilerin birçok ko-morbid hastalığa sahip olmasıyla açıklanmaya çalışılmıştır. Ek olarak yapılan çalışmalarda acil servisi sık kullanan vakaların kronik hastalığa sahip olma riski ve mortalite oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur (72,73). Benjamin ve

ark.'nın çalışmasında da acil servise sık başvuran hastaların aynı zamanda aile hekimlerine de sık başvuran hastalar olduğu gösterilmiştir (104). Acil servise başvuran hastaların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi mümkün olmayabilir, çünkü acil servis çalışan sağlık personellerinin bu hastaların hikayesini dinleyecek ve semptomlarının ne anlama geldiğini çözmeye çalışacak vakitleri çoğu zaman yoktur. Bu hastaların aile hekimliklerinde kapsamlı olarak değerlendirilmesi hastaların acil servise başvuru sayılarını azaltacak ve sorunlarının kalıcı çözümüne yardımcı olacaktır (56). Çalışmamda da aile hekimliğine başvuru sayısı ile acil servise başvuru sayısı arasında pozitif bir ilişki tespit ettim. Acil servise sık başvuru ile hastanın yaşı arasında istatistiksel bir ilişki yoktu. Benzer şekilde aile hekimliğine sık başvuran hastalar arasında da başvuru sıklığı ve yaş arasında ilişki tespit edemedim. Her iki sağlık hizmeti içinde sık başvuruda bulunan kişilerin mortalite oranlarının yüksek olduğu düşünüldüğünde, bu hastaların aile hekimliklerinde daha detaylı incelenmesi gerektiği kanısındayım.

Avrupa'da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda ulaşım ile ilgili sorulara verilen cevaplarda memnuniyet istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bursa ilinde gerçekleştirdiğim çalışmamda Yıldırım ve yakın bölgelerden (Gürsu ve Kestel) gelen hastaların aile hekimliğine ulaşılabilirlik ile ilgili sorulara verdiği cevaplar diğer bölgelerden gelen hastalara oranla daha düşüktü. Önceki çalışmalarda hastaneye yakın çevrede ikamet eden hastaların acil servise daha kolay ulaşabildikleri ve acil servisi daha sık kullandıkları gösterilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada acil olmayan hastaların acil servis başvurusunu etkileyen faktörlerin başında mesafe gelmektedir (32). Yine Birleşik Krallık'ta hastaların büyük çoğunluğu aile hekimleri yerine acil servisi tercih etme nedenleri olarak mesafeyi göstermektedirler (63). Aile hekimine ulaşmakta güçlük çektiğini düşünen hastalar acil servislere yönelmektedirler. Çalışmalarda acil servislere yakın yerleşim bölgesinde yaşayan hastaların bu birimleri daha sık kullandığı gösterilmiştir. Gerçekten hastane acil servisinde tedavi edilmesi gereken vakaların daha uzun mesafeler kat ederek hastanelere geldikleri gösterilmiştir (31). Çalışmamda hastane acil servisine yakın bölgelerde ikamet eden vakaların aile hekimine ulaşımında daha fazla güçlük çektiklerini tespit ettim. Çalışmamda sadece yeşil alan vakalarını değerlendirdiğim için uzak bölgelerden gelen hastaların hastalık dağılımı ve acil

servis bakım ihtiyaç durumları konusunda bir veriye sahip değilim. İleri çalışmalarda tüm acil başvurularının değerlendirileceği bir çalışmada bu durumun değerlendirilebileceğini düşünüyorum.

Ülkemizde yapılan sağlık reformu ile kişilere hekim seçme hakkı tanınmıştır. Aile hekimlerinden memnun olmayan hastalar mevcut yönetmeliklere göre il içinde üç aylık süre dolunca hekim değiştirme hakkına sahip olmaktadır. İl dışı hastalar veya öncelikli mazereti olan kişiler (65 yaş üzeri, gebe vb.) için üç ay şartı da aranmamaktadır. Hastaların yeni aile hekimlerini seçerken yaptığı değerlendirmeler çok yönlüdür (105). Bu değerlendirmeler hizmet sunucunun uygunluğu, erişilebilirlik, aile sağlığı merkezinin özellikleri, aile hekiminin kalitesi, uygunluğu ve deneyim durumu ve sosyo-demografik özellikleri kapsar. Hizmet sunucusunun uygunluğu konusunda kişinin cinsiyeti ve gelir düzeyinin etkisi olduğu bilinmektedir (106,107). Aile hekimi seçiminde en çok üzerinde araştırma yapılan başlık ulaşılabirliktir. Beklendiği gibi hastalar ikametlerine yakın yerleşimdeki aile hekimlerini tercih etmektedir (108,109). Bu durum aslında aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerindedir. Kişi yürüyerek ulaşabildiği veya park sorunu olmayan merkezleri daha çok tercih etmektedir (109,110). Kolay ulaşım ve yaş aile hekimliği tercihini olumlu etkilemektedir (109,111). Kişilerin aile sağlığı merkezinin durumuna göre tercihleri ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak genel olarak temiz ve yüksek kaliteli hizmet veren birimler daha çok tercih edilmektedir. Aile hekimliği tercihlerinde belki de en önemli belirleyicilerden bir tanesi hekimin bilgi ve tecrübesidir (112,113). Aile hekiminin uygunluğu konusunda hastaların ilgilendikleri konu başlıkları: Makul bir zaman içinde tedavi oluyorlar mı? Hastalarını düzenli kontrollere çağırıyorlar mı? Telefonla veya internet üzerinden kendilerine ulaşılabilir mi? şeklindedir (114,115). Sosyo-demografik özelliklerden de yaş ve cinsiyetin aile hekimi tercihini etkilediği yönünde çalışmalar mevcuttur. Genel olarak kişilerin kendi yaş ve cinsiyetindeki hekimi tercih etme eğiliminde olduğu gösterilmiştir (105).

Yurtdışında yapılan araştırmalar kişilerin aile hekimleri ile ilgili kararlarında organizasyon dışı etmenlerden en çok hekimin eğitimi ile ilgilendiklerini ortaya koymuştur (112,113,116). Ülkemizde sınırlı sayıda aile hekimliği uzmanı

aktif aile hekimliği yapmaktadır. Konusunda eğitimi aile hekimi sayısını arttırmaya yönelik çalışmalar sürmektedir. nce AHUZEM eğitimleri adı altında sertifika sahibi aile hekimleri sürekli eğitim modülü ile eğitilmeye çalışılmıştır. Ancak bu eğitimlere katılım sınırlı kalmıştır. Halen sözleşmeli aile hekimliği adı altında yarı zamanlı uzmanlık eğitimi çalışmaları devam etmektedir. Hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti konusunda uzman aile hekimleri ile sertifikalı aile hekimlerinin karşılaştırıldığı bir araştırma olmasa da hastaların tercihlerini daha eğitimi aile hekimlerinden yana kullandığı bilgisi mevcuttur.



ÇALIŞMAMIN SINIRLILIKLARI

Aile hekimliği eğitimim sırasında hastanemiz acil servisinde hekim ihtiyacı vardı. Hem acil servise katkı olurlu düşünceyle hem de tezimin hipotez sorusuna cevap aramak için Temmuz 2015 döneminde hastanemiz acil servisi yeşil alanında bir ay süreyle gönüllü olarak çalıştım. Bu nedenle çalışma grubum bu bir aylık yaz döneminde hastanemiz yeşil alanına yönlendirilen erişkin hastalardan oluştu. Yaz döneminde daha sık görülen hastalıklarla daha fazla oranda karşılaşmış olma ihtimalim yüksek olabilir. Çalışmamı daha geniş bir sürede gerçekleştirseydim daha genel bir hasta grubu ile karşılaşmam mümkün olabilirdi. Bu durum çalışmamı sınırlamaktadır.

Çalışmamın evreni, sadece üçüncü basamak bir hastanenin acil servisinin yeşil alanına yönlendirilen hastalardan oluşmaktadır ve bu durum genelleme yaparken beni sınırlamıştır. Sarı veya kırmızı alana yönlendirilen vakaların hastalık durumlarının ciddiyetinin aile hekimliği memnuniyetini değerlendirirken karıştırıcı bir faktör olabileceğini düşündüm ve bu hastaları çalışmamdan dışladım.

Acil servise getirilen çocukların ve ailelerinin aile hekiminden memnuniyeti de araştırmaya değer önemli bir konu başlığıdır. Ancak çocuk hastalar ve doğum için başvuran gebe kadınlar hastane ek hizmet binasında ayrı bir acil serviste değerlendirildiği için bu vakaları araştırmamdan dışlamak zorunda kaldım.

Aile hekimliğinden memnuniyeti sadece acil servise başvuran hastalarda sorguladık. Eş zamanlı olarak aile hekimliği birimlerinde de benzer anketleri uygulaysaydık bu başlık altında vaka-kontrol şeklinde bir kıyaslama yapmam mümkün olabilirdi.

Eğer bu çalışmayı daha lokal bir bölgede yapsaydım, hangi aile hekiminin hastalarının daha yüksek oranda acil servise başvurduğunu değerlendirme imkanım olabilirdi.

Çalışmamı sadece ilimizdeki üçüncü basamak bir hastanenin acil servisinde gerçekleştirdim. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, kırsal bölgelerdeki entegre hastaneler veya üniversite hastanesine başvuran vakaların aile hekimlerinden memnuniyet durumları ve bu hastaların öncelikleri farklılık gösterebilir kanaatindeyim.

SONUÇ

Bu çalışma, acil servise başvuran hastaların aile hekimlerinden memnuniyetlerini EUROPEP ölçeği ile değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmanın sonuçlarına göre, hastane yeşil alanında değerlendirilen hastalar aile hekimlerinden memnun olsalar da durumlarını acil hissettiklerinde acil servisi kullanmaktadırlar.

Acil servise başvuran hastalar arasında aile hekimliğinin tavır, tutum ve davranışları ile ilgili memnuniyet yüksek iken sistemin organizasyonu ile ilgili konularda bir memnuniyetsizlik dikkat çekmektedir. Bu konuda hayata geçirilmesi planlanan sevk zinciri, aile hekimlerine kayıtlı nüfus sayısında hedeflenen azalmalar ve mesai dışı çalışma gibi projeler memnuniyeti daha iyi bir seviyeye taşıyabilir. Aile hekimlerine kayıtlı ortalama nüfusun azalması, aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı bireylere daha iyi odaklanmasını ve iş yükünün azalmasını sağlayacaktır. Mesai dışında çalışma konusunda dünyadaki örneklerde olduğu gibi hekime telefonla erişim veya yardımcı sağlık personelinin ilk değerlendirmede aktif rol alması gibi alternatifler değerlendirilebilir. Artık neredeyse bütün dünyada uygulanan sevk zinciri ile de yüksek kalitede hizmet, düşük bir maliyetle sağlayacaktır. Tüm bunlar yapılırken toplam kalitede hedeflenen iyileşmenin ancak hasta-hekim memnuniyetinin bir bütün olarak geliştirilmesi ile mümkün olduğu gerçeği unutulmamalıdır.

Acil servise sık başvuran kişilerin aile hekimliklerine de sık gittiklerini tespit ettim ve durum dünya literatürü ile uyumludur. Acil servise ve aile hekimlerine gereksiz sayılabilecek bu başvuruları engellemek için ek ücret ödenmesi de dahil birçok tedbir denenmektedir. Geline nokta toplumun sağlık konusunda eğitilmesinin gerekliliği olmuştur. Sağlık okuryazarlığı yüksek bölgelerde gereksiz acil başvurusu, gereksiz ilaç kullanımı, hastaneye yatış sayısı ve aile hekimine başvuru sıklığı gibi tüm belirteçler düşüktür. Yöneticilerin daha sağlıklı bir toplum için sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik planlamalar yapması uygun olacaktır. Toplumdaki sağlık algısını geliştirmede ve sağlık okuryazarlığını artırmada en büyük görev aile hekimlerine düşmektedir. Aile hekimleri her fırsatta vatandaşları sağlık ve sağlıklı yaşam konusunda bilgilendirmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Med J, 2015; 15(4): 244-8.
2. Grumbach K, Selby JV, Damberg C. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. JAMA 1999;282(3):261-6.
3. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2012 - 2014.) Erişim: www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html. Erişim tarihi:02.07.16.
4. Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B. Acil Hizmetler Raporu. Eurasian Journal of Emergency Medicine, 2015; 14 (Özel Sayı 1):1-52.
5. Wonca World family doctors. Caring for people, Erişim: www.woncaeurope.org/sites/default/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20versiyon.pdf Erişim tarihi: 02.07.16.
6. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun numarası:5258. Kabul tarihi:24.11.2004. Yayımlandığı resmi gazete: Tarih:9.12.2004 Sayı:25665. Resmi Gazete 2004;44:1-3.
7. Akdağ R. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749. 2008: 66.
8. Sayek F. Türkiye’de Sosyalleşirmenin 50 yılı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim, 2012:179-81.
9. Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamına Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2013: 26-9.
10. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 25 Ocak 2013 Sayı:28539.
11. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. BMJ 1980;70(2): 122-7.

12. McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. 2. Baskı. New York, Oxford University Press, 1997:18-20.
13. Carr-Hill AR. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992 Sep;14(3):236-49.
14. Kıdak LB, Aksaraylı B. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008; 10:(3):87-122.
15. Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırma Dergisi. 2007; 5(3):140-3.
16. Nesanır N, Dinç G. Patient satisfaction level of the patients who were hospitalized in Manisa city. TAF Prev Med Bull, 2008; 7(5):419-28.
17. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal kitapevi. Ankara. 2000:291-304.
18. Aydoğan Ü. Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. Uzmanlık Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, 2005:8.
19. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(2):69-74.
20. Strasen L. Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures, J Nurs Adm, 1988; 18(5):5-6.
21. Baltacı D, Kara Hİ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma, Konuralp Tıp Dergisi, 2011;3(2):9-15.
22. Mete B, Pehlivan E, Tekin Ç, Nacar E, Unver E, Baran A. Satisfaction levels of the adults who benefit from the family medicine care in Malatya city center and the factors that affect it, Medicine Science, 2015;4(4):2721-31.

23. Bostan S, Havvatoğlu K. Europep aile hekimliği memnuniyet leğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması, Gmşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(4):1067-78.
24. Aktürk Z, Ateşoğlu D, ifti E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. European Journal of General Practice, 2015;21: 238-45.
25. Dağdeviren N, Aktürk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the Europep instrument. Yonsei Medical Journal, 2004;45(1):23-8.
26. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaws H. Patient satisfaction availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care, 2002;14:111-8.
27. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması, Erişim: www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-14957/acil-saglik-hizmetlerinde-yesil-alan-uygulaması-genelge-.html. Erişim tarihi: 02.07.2016.
28. Pekdemir M, evik AA, Eray O, ete Y, Atilla R, Topuzoğlu A, Gnerli A. Triage Travma Skorlarının Acil Servis Performanslarının Değerlendirilmesi, Türkiye Acil Tıp Dergisi, Aralık 2004;4(4):165-9.
29. Bursa Eğitim Günleri ‘Acil Tıbbi Yaklaşımlar’ Sempozyum Kitabı, 2014;1: 83.
30. Öcek ZA, Çiçeklioğlu M, Türk M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi? Srekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15:144-8.
31. Beland F, Lemay A, Boucher M. Pattern of visits to hospital-based emergency rooms, Soc. Sci. Med. 1998;47(2):165-79.
32. Ingram, DR, Clarke DR, Murdie RA. Distance and the decision to visit an emergency department. Social Science and Medicine 1978;12:55-62.

33. Satin DG. Help The hospital emergency unitpatient and his presenting picture. *Medical Care* 1973;11:328-37.
34. Hansagi, H, Norrell SE, Magnusson, G. Hospital care utilization in a 17000 population sample: 5-yr follow-up. *Social Science and Medicine* 1985;20: 489-92.
35. Jones, PK, Jones SL, Yoder L. Hospital location as a determinant of emergency room utilization patterns. *Public Health Report* 1982;97(5): 445-51.
36. Roth, JA. Utilization of the hospital emergencydepartment. *Journal of Health and Social Behavior* 1972;12:312-20.
37. Grumbach, K, Keane D, Bindman, A. Primary care and public emergency department overcrowding. *American Journal of Public Health* 1993;83(3):372-8.
38. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy , *Journal of the Royal Institute of Public Health*, 2003;117:250-5.
39. Lee A, Hazlett BC, Chow S, Lau F, Kam C, Wong P, Wong T. How to minimize inappropriate utilization of accident and emergency departments: improve the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendess. , *Health Policy* , 2003;66:159-68.
40. Barthell EN. Opening the ED doors. *Health Forum J* 2003;46:45.
41. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med* 2005;23:131-7.
42. Li G, Grabowski JG, McCarthy ML, Kelen GD. Neighborhood characteristics and emergency department utilization. *Acad Emerg Med* 2003;10:853.
43. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998;32:563-8.
44. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presentingto a public hospital emergency department. *JAMA* 1994;271:909-12.

45. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002;9:916-24.
46. Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *N Engl J Med* 1996;334:642-6.
47. Bamezai A, Melnick G, Nawathe A. The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume. *Ann Emerg Med* 2005;45:483-90.
48. Chiritakis DA, Wright JA, Koepsell TD, Emerson S, Connell FC. Is greater continuity of care associated with less emergency department utilization? *Pediatrics* 1999;103:738-42.
49. Chiritakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FC. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001;103:524-9.
50. Belleri G. L'urgenza differibile` e quella degli altri. *Occhio clinico* 2006;9:30-5.
51. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? *Emergency Medicine Journal* 2001;18:482-7.
52. Boushy D, Dubinsky I. Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting: the patient's perspective. *Journal of Emergency Medicine* 1999;17(3):405-12.
53. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patient choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy*. 2008;88:326-38.
54. Guttman N, Zimmerman R. D. Nelson S. M. The many faces of Access: Reasons for medically nonurgent emergency department visits. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2003;28(6):1089-120.

55. Derlet R, Young PG. Managed care and emergency medicine: conflicts, Federal Law, and California Legislation. *Annals of emergency medicine*. 1996;30:292-300.
56. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of emergency department: qualitative study of patient's perspective. *Emerg Med J* 2001;18:430-4.
57. Van Duijn PV, Van Weert H, Scholte D, Bindels P. Out of hours: primary care clinic or hospital emergency department?. *European Journal of General Practice* 1998;4:69-73.
58. Dale J, Shipman C, Lacock L, Davies M. Creating a shared vision of out of hours care: using rapid appraisal methods to create an inter- agency, community oriented, approach to service development. *Br Med J* 1996;312:1206-10.
59. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: The Danish solution. *Br Med J* 1994;309:1624-6.
60. Padgett DH, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med* 1992;36:1189.
61. Dale J, Green J, Reid F, Glucksman E. Primary Care in the accident and emergency department. Prospective identification of patients. *Br Med J* 1995;311:423-6.
62. Buuren S van, Duijn NP van. 'De dokter wilde niet komen ...' Het oordeel van patienten over de uitkomst van telefonische contacten tijdens de dienst ('The doctor refused to make a home visit ...' Judgements of patients on the outcome of telephone advice out of hours). *Huis- arts Wet* 1993;36:332-7.
63. Rajpar FS, Smith AM, Cooke WM. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med* 2000;17:18-21.
64. Dale J, Green J, Reid F. Primary care in the accident and emergency departments: I. Prospective identification of patients. *BMJ* 1995;311:427-30.

65. Lang T, Alain D, Diakite B, Agay E, Viel FJ, Flicoteaux B. Non-urgent care in hospital medical emergency department in France: how much and which health needs does it reflect. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:456-62.
66. Shea S, Misra D, Ehrlich MH, Field L, Francis CK. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med* 1992;327:776-81.
67. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, Giguere C. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care, *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1302-10.
68. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of the emergency departments: the myths, the data and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56(1):42–8.
69. Statistics Canada . Canadian Community Health Survey. Population with a regular medical doctor by sex, provinces and territories. Ottawa, ON: Statistics Canada; 2009. Erişim: :www40.statcan.gc.ca/101/cst01/health76b-eng.htm.
- Erişim tarihi: 2014 Mar 17.
70. Carrière G. Use of hospital emergency rooms. *Health Rep*. 2004;16(1):35–9.
71. Ovens HJ, Chan GT. Heavy users of emergency services: a population-based review. *CMAJ*.2001;165(8):1049–50.
72. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callaham ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2006;48(1):1–8.
73. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users.*Acad Emerg Med*. 2003;10(4):320–8.
74. Palmer E, Leblanc-Duchin D, Murray J, Atkinson P. Emergency department use Is frequent use associated with a lack of primary care provider? *Canadian Family Physician*,2014;60:223-9.
75. Migrationsbericht 2009 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung [Migration report commissioned by the Federal

Government 2009]. Berlin: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Bundesministerium des Inneren; 2009:218–9.

76. Razum O, Zeeb H, Meesmann U. Migration und Gesundheit.Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [Migration and health. A report from health report of the Federal Government]. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2008;107-20.

77. Goetz K, Bungartz J, Szecsenyi J, Steinhäuser J. How do patients with a Turkish background evaluate their medical care in germany? An observational study in primary care. Patient Preference and Adherence, 2015;9:1573-9.

78. Shah N. M. and Shah M. A. Excessive utilization of hospital emergency services in pre-occupation Kuwait: trends and differentials. Med. Principals Pract 1994; 3(3): 131.

79. Shah MN, Shah MA, Behbehani J. Predictors of Non-urgent Utilization of Hospital Emergency Services In Kuwait , Soc. Sci. Med. 1996;42(9):1313-23.

80. Aktürk Z. Hastalar Hekimlerini Değerlendiriyor, EUROPEP Ölçeği, DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2002:153-160.

81. Aktürk Z. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti; 2012: 2-3.

82. Öztürk Y. Acil Servise Başvuran Olguların Aciliyet Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Tıp Araştırma Dergisi; 2014; 12(1):22-3.

83. Durand AC, Gentile S, Gerbeaux P, Alazia M, Kiegel P, Luigi S. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1578 patients in France. BMC Emergency Medicine 2011;11:10-1.

84. Polat O, Kabaçam G, Güler İ, Ergişi K, Yıldız A. İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Sürveyans Analizi Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(2): 79.

85. Ekinci O, Koşargelir M, Gül F, Pelit T, Topaloğlu Ü, Turan BC. Acil Hastaların Ne Kadarı Acil. Ümraniye Tıp Dergisi 2009; 2:72-69.

86. Köse A. Köse B. Öncü R. Tuğrul F. Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunun Uygunluğu, Gaziantep Tıp Derg. 2011;17(2):57-62.
87. Eroğlu S. Toprak S. Urgan O. Onur Ö. Evaluation of non-urgent visits to a busy urban emergency department , Saudi Med J 2012;33(9):967-72.
88. Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B. Acil Hizmetler Raporu, Eurasian Journal of Emergency Medicine, 2015; 14 (Özel Sayı 1):1-38.
89. Akpınar Oruç O, Üzel Taş H. Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15(2):131-6.
90. Çiftçi H, Topoyan M. Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi sayfa: 5.
91. Lucas HR, Sanford MS. An Analysis of Frequent Users of Emergency Care at an Urban University Hospital, Annals of Emergency Medicine November 1998;32(5): 563-8.
92. Herndon JB, Chaney M, Carden D. Health literacy and emergency department outcomes: a systematic review. Ann Emerg Med, 2011;57(4):334-45.
93. Vedsted P, Heje NH. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP, Scand J Prim Health Care. 2008; 26(4): 228–34.
94. Stearns RC, Gonzales R. Antibiotic Prescriptions Are Associated with Increased Patient Satisfaction With Emergency Department Visits for Acute Respiratory Tract Infections, Academic Emergency Medicine , October 2009;16:934-40.
95. Steele S, Anstett D, Milne WK. Rural emergency department use by CTAS IV and V patients. CJEM 2008;10(3):209-14.
96. 27012 Sayılı 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080929M1-1.htm>, Erişim tarihi:08.07.2016.

97. Hofmarcher MM, Oxley H. Improved health system performance through better care coordination. OECD Health Working Paris, 2007:30.
98. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmil M, Mossialos E, Primary care in Europe, The London School fo Economics and Political Science, 2009:1-42.
99. Harrison AN, Brydon L, Walker C, Grey AM, Steptoe A, Critchley DH. Inflammation causes mood changes through alterations in subgenual cingulate activity and mesolimbic connectivity, *Biol Psychiatry*, 2009;66:407-414.
100. MecLeold D, Nelson K. The role of the emergency deparment in the acute management of chronic or recurrent pain. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2013;16:30-6.
101. Todd K, Cowan P, Kelly N, Homel P. Chronic or recurrent pain in the emergency department: national telephone survey of patient experience. *West J Emerg Med* 2010;9(5):408-15.
102. Ducharme J. Acute pain and pain control: state of the art. *Ann Emerg Med* 2000;35(6):592-603.
103. Milbrett P, Halm M. Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. *J Emerg Nurs* 2009;35(3):191-8.
104. Benjamin TB, Chan, Howard J. Frequent Users of Emergency Departments, *Canadian Family Physician* 2002;48: 1654-60.
105. Victoor A, Delnoij MJD, Friele DR. Rademakers JDJM, Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review, *BMC Health Services Research* 2012;12:272.
106. Boonen LHHM, Schut F, Koolman X. Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. In *Consumer channeling in health care: (im)possible? Consumentensturing in de zorg: (on)mogelijk?* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2009:37–64.

107. Rosenthal M, Li Z, Milstein A. Do patients continue to see physicians who are removed from a PPO network? *Am J Manag Care* 2009;15:713–9.
108. Combier E, Zeitlin J, de Courcel N, Vasseur S, Lalouf A, Amat-Roze J. Choosing where to deliver: decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. *Soc Sci Med* 2004;58:2279–89.
109. Dijks-Elsinga J, Otten W, Versluijs M, Smeets H, Kievit J, Vree R. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Med Decis Making* 2010;30:544.
110. Haynes R, Lovett A, Sünnerberg G. Potential accessibility, travel time and consumer choice: geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. *Environmet and Planning A* 2003;35:1733–50.
111. Exworthy M, Peckham S. Access, choice and travel: implications for health policy. *Social Policy & Administration* 2010;40:267–87.
112. Howell E, Gardiner B, Concato J. Do women prefer female obstetricians? *Obstetrics & Gynecology* 2002;99:1031-5.
113. Schnatz PF, Murphy JL, O'Sullivan DM, Sorosky JI. Patient choice: comparing criteria for selecting an obstetrician-gynecologist based on image, gender, and professional attributes. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:548-154.
114. Orr D, Sidiki SS, McGhee CN. Factors that influence patient choice of an excimer laser treatment center. *J Cataract Refract Surg* 1998;24:335-40.
115. Hoerger T, Howard L. Search behavior and choice of physician in the market for prenatal care. *Med Care* 1995;33:332–49.
116. Shah J, Dickinson CL. Establishing which factors patients value whenselecting urology outpatient care. *British Journal of Medical and Surgical Urology* 2010;3:25-29.

ACIL MUAYENE SAYILARI

2015	Yetişkin Acil Muayene Sayısı	Çocuk Acil Muayene Sayısı	Toplam Acil Muayene Sayısı	Yeşil Alan Muayene Sayısı
Ocak	42.246	27.006	69.252	28.958
Şubat	39.935	21.417	61.352	24.700
Mart	46.454	25.036	71.490	28.516
Nisan	41.034	21.321	62.355	22.944
Mayıs	41.933	21.481	63.414	22.584
Haziran	34.735	20.904	55.639	14.624
Temmuz	41.933	21.481	63.414	22.584
Ağustos	50.160	19.166	69.326	13.310
Eylül	47.181	15.917	63.098	11.194
Ekim	47.558	20.945	68.503	16.034
Kasım	52.476	11.983	64.459	15.387
Aralık	56.469	26.078	82.547	20.516
TOPLAM	542.114	252.735	794.849	241.351

Ek-3

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Mükemmel	Fikrim yok
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi						
2 Sizin özel durumunuza ilgilenmesi						
3 Sorularınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5 Sizi dinlemesi						
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7 Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi						
8 GÜnlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9 İşini tam yapması						
10 Sizi muayene etmesi						
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılar gibi)						
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13 Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17 Uzmanı ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18 Doktor dışı personelin yardımı						
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz						
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						

Şu andaki şikayetiniz nedir?:

Medenî Durumu: Evli (), Bekar (), Eşinden ayrılmış ()

Mesleği: Çalışmıyor (), Ev Hanımı (), İşçi (), Çiftçi (), Memur (), Öğrenci (),

Profesyonel meslek (dr, öğretmen, eczacı, avukat vb) (), Emekli ()

Ekonomik Durumu: <1000 TL/ay () 1000-2000TL/ay () 2000-4000 TL/ay () >4000 TL/ay ()

Eğitimi: Okur yazar değil (), İlkokul-ortaokul (), Lise (), Üniversite ()

Sigara: Kullanıyor () Kullanmıyor ()

Şikayetiniz ne zamandır var:

1 gün (), 1-3 gün (), 3-6 gün (),

1 haftadan fazla (), 3aydan fazla ()

Mevcut şikayetle başka hangi hekimlere başvurduunuz?

Halen ilaç kullanıyor musunuz?: Evet (), Hayır ().

Son 1 ay içinde kaç kez aile hekiminize gittiniz?

Son 1 ay içinde kaç kez acile gittiniz?

Acil servisi tercih sebebiniz nedir?

Kayıtlı olduğunuz aile hekiminizin (doktorun) adı nedir? _____

KISALTMALAR

WONCA: World Organization of Family Doctors

EUROPEP: Patients Evaluate General/Family Practice

EQUIP : European Working Party on Quality in General Practice

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

AHUZEM: Aile Hekimliği S¼rekli Mesleki Gelişim Programı

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SGK: Sosyal G¼venlik Kurumu

KOAH: Kronik Obstr¼ktif Akciğer Hastalığı

FFS: Fre For Service

DaBT: Difteri, Ase¼l¼ler Boğmaca, Tetanoz

İPA: İnakatif Polio Aşısı

HİB: Hemofilus İnfluenza Tip b Aşısı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında emek, yardım, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ 'ye teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimime katkıları olan hocalarım Prof. Dr. Nazan BİLGEL ve Prof Dr Alis ÖZÇAKIR'a katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tezim için vaka toplamama yardım eden asistan arkadaşlarımdan Dr. Ali Candar'a, Dr. Fatih Çiftçi 'ye, Dr. Salih Metin'e, Dr. Yasin Güçlü'ye, Dr. Zeynep Yılmaz'a ve Dr. Sümeyye Tuna'ya çok teşekkür ederim.

Psikolog Ersin BUDAK'a tezime desteğinden dolayı çok teşekkür ederim.

Eğitimim süresince beni motive eden dostlukları için tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, rotasyon yaptığım bölümlerdeki hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Her zaman arkamda olup desteğini hiç eksik etmeyen yol arkadaşım ve sevgili eşim Reyhan'a çok teşekkür ederim.

Dr. Yakup AKPINAR

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yakup AKPINAR

Doğum Tarihi ve Yeri: 1986, Oltu

Medeni Durumu: Evli

Adres: 75. Yıl Mah.2. Rüzgarlı Sok. Reform Kent 1 Sit. A Blok Daire:15
YILDIRIM/BURSA

Telefon: 0506 714 58 19

E-posta: yakup.akpinar1@sağlık.gov.tr

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Görev Yerleri: Kasım 2011- Ağustos 2013 İnegöl Devlet Hastanesi, Ağustos 2013-
Şubat 2014 Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Dernek Üyelikleri: TAHUD

Yabancı Dil: İngilizce