

**T.C  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNİN  
BAZI POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ  
KİŞİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDA BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN, SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ  
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ, SAĞLIK SİSTEMİYLE  
İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
DR. ENES AHMET GÜVEN**

**ANKARA 2017**

**T.C  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNİN  
BAZI POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ  
KİŞİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDA BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN, SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ  
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ, SAĞLIK SİSTEMİYLE  
İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ  
DR. ENES AHMET GÜVEN**

**TEZ DANIŞMANI  
PROF.DR. SEFER AYCAN**

**ANKARA 2017**



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Enes Ahmet Güven
Baba Adı	Hüseyin
Doğum Yeri/Tarihi	Sakarya / 11.02.1989
Diploma Tarihi / Diploma No	14.09.2012 28739/32207
Mezun Olduğu Fakülte	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Halk Sağlığı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay: 3
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

**UZMANLIK TEZİNİN ADI:**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Baş Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelenmesi

**JÜRİ KARARI:** BAŞARILI

**JÜRİ ÜYELERİ**

BAŞKAN

Prof. Dr. F. Nur HAN AUSAHAL

ÜYE

Prof. Dr. Sefer AYCAN (Tez Danışmanı)

ÜYE

Prof. Dr. Deniz GACISKAN

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler	i
Tablolar Dizini	iv
Kısaltmalar	x
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2. Aile Hekimliği Disiplini Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Uygulamaları.....	19
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı.....	37
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Beklenti Ve Memnuniyet.....	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Kapsamı ve Ulaşım Yüzdesi.....	48
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	49
3.3. Araştırmanın Tipi.....	50
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	50
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	50
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	51
3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç.....	52
3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	54
3.7. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	54
3.8. Araştırma Takvimi.....	56
3.9. Araştırmada Kullanılan Terimler.....	56
3.10. Araştırmanın Kısıtlılık ve Güçlükleri.....	56
4.BULGULAR.....	57

4.1. Tanımlayıcı Bulgular .....	57
4.2. Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu İle İlgili Bulgular .....	70
4.3. Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu İle İlgili Bulgular .....	81
4.4. Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu İle İlgili Bulgular .....	93
4.5. Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu İle İlgili Bulgular .....	99
4.6. Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu İle İlgili Bulgular .....	110
5.TARTIŞMA.....	120
6.SONUÇ VE ÖNERİLER .....	137
7.KAYNAKLAR.....	140
8.ÖZET .....	158
9.ABSTRACT .....	160
10. EKLER .....	162
EK 1:.....	162
EK 2:.....	170
EK 3:.....	175
EK 4:.....	176
11. ÖZGEÇMİŞ.....	178

## TABLO DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Araştırmanın Yapıldığı Polikliniklere Başvuran Kişi Sayıları ve Ulaşım Yüzdesi, Ankara, 2016.	49
<b>Tablo 2.</b> Araştırmaya Katılanların Başvurdukları Polikliniklerin Dağılımı, Ankara, 2016.	57
<b>Tablo 3a.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı, Ankara, 2016.	58
<b>Tablo 3b.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı, Ankara, 2016.	59
<b>Tablo 4a.</b> Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	60
<b>Tablo 4b.</b> Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	61
<b>Tablo 5a.</b> Araştırmaya Katılanların Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	62
<b>Tablo 5b.</b> Araştırmaya Katılanların Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	64
<b>Tablo 6.</b> Araştırmaya Katılanların Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	66
<b>Tablo 7.</b> Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı, Ankara, 2016.	67

<b>Tablo 8.</b> Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği ve Sevk Sistemi Hakkında Düşüncelerin Dağılımı, Ankara, 2016.	68
<b>Tablo 9a.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	70
<b>Tablo 9b.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	72
<b>Tablo 9c.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	74
<b>Tablo 9d.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	76
<b>Tablo 9e.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	78
<b>Tablo 9f.</b> Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumunun Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2016.	80

<b>Tablo 10a.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	81
<b>Tablo 10b.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	83
<b>Tablo 10c.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	85
<b>Tablo 10d.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	87
<b>Tablo 10e.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	89
<b>Tablo 10f.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	91
<b>Tablo 10g.</b> Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumunun Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2016.	92



<b>Tablo 11a.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	93
<b>Tablo 11b.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	95
<b>Tablo 11c.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	97
<b>Tablo 12a.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	99
<b>Tablo 12b.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	101
<b>Tablo 12c.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	103

<b>Tablo 12d.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	105
<b>Tablo 12e.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	107
<b>Tablo 12f.</b> Sistemden Memnuniyet Durumunun Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2016.	109
<b>Tablo 13a.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	110
<b>Tablo 13b.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	112
<b>Tablo 13c.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	114
<b>Tablo 13d.</b> Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.	116

**Tablo 13e.** Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre  
Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı,  
Ankara, 2016.

118



## KISALTMALAR

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**NHS:** National Health System (Ulusal Sağlık Sistemi)

**TSM:** Toplum Sağlığı Merkezi

**AH:** Aile Hekimliği

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**TAHUD:** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

**WONCA:** World Organization of Family Doctors

**OECD:** Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

**MR:** Magnetik Rezonans

**FHC:** Family Health Center

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri tanımı ve stratejileri 1978 yılında Alma-Ata bildirgesiyle belirlenmiştir. Türkiye de bu bildirgeye imza atan ülkelerden biridir.<sup>1,2</sup> Birinci basamakta sunulan hizmetin; sürekli, toplum yönelimli ve bütüncül olması beklenir.<sup>3</sup> Türkiye’de cumhuriyetin ilanından günümüze kadar birinci basamak sağlık hizmetlerinde üç farklı model uygulanmıştır.<sup>4,5</sup> İlki 1961 yılına kadar olan Hükümet Tabipliği Sistemidir. Bu sistemde hekimlerin koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgilenmediği ve salt birinci basamak tedavi edici hekimliğe yöneldiği görülmüştür.<sup>4,5</sup> Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961 yılında yürürlüğe girmiş ve o tarihten itibaren birinci basamak sağlık hizmetlerinin topluma ve bireylere bütüncül olarak verildiği Sağlık Ocağı ve Sağlık Evleri kurulmuştur.<sup>4</sup>

Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında sosyalleştirmenin sağlık hizmetlerine yeterince yanıt vermediği ve birinci basamakta tedavi edilebilecek büyük bir hasta grubunun ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gittiği görüşü ile birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçilmesine karar vermiştir.<sup>6</sup> Birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005 tarihinde pilot uygulama şeklinde Düzce’de başlanmış ve 2010 yılından itibaren de tüm illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.<sup>7</sup>

Aile hekimi kavramı literatürde Türkiye’de ve Avrupa’da geçerli olan genel pratisyen kavramıyla eşdeğer tutulmuştur.<sup>8,9</sup> Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi’ne göre: “Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese

kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelini harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir”.<sup>8</sup>

Türkiye’deki yönetmeliğe göre aile hekimi; “Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermekle yükümlü uzman tabip veya tabipler” olarak tanımlanmaktadır.<sup>10</sup>

Türkiye’de aile hekimliği uygulaması aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak ele alınmasından ve birinci basamakta görülen sağlık sorunlarının çözümü olmasından çok bir sağlık sistemi uygulama ve finansman modeli olarak görülmüştür.<sup>10</sup> Aile hekimliğine geçilmesiyle birlikte mevcut sağlık ocağı hekimlerinin ve diğer pratisyenlerin herhangi bir eğitimden geçirilmeden sisteme alınması da bu görüşü destekler niteliktedir. Yani bir önceki modele nazaran tek değişen kamunun birinci basamak sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme biçimi olmuştur. Her aile hekimi günümüzde küçük bir işletmeci modeli ile çalışmakta ve çalışma ortamına ait tüm giderleri üstlenmektedir.<sup>11</sup>

Alma-Ata Bildirgesine göre sağlık sorunlarının % 85-90’ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Ayrıca basit laboratuvar tetkiklerinin yapılmasıyla bu sıklığın %96’ya çıktığı bildirilmektedir.<sup>1,12,13</sup> Birinci basamakta verilmesi gereken sağlık hizmetinin ikinci ve üçüncü basamakta verilmesinin uygun olmadığı, hizmetin bu şekilde sunulmasının maliyeti artıracığı ve sürdürülebilir olmadığı söylenmektedir.<sup>14</sup> Birinci basamak sağlık kurumunda çözümlenemeyen sağlık sorunlarının çözümü için var olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, sevk zinciri uygulamasının olmadığı durumlarda etkisiz, verimsiz ve gereksiz bir

biçimde yoğun olacağı öngörülmektedir.<sup>15-20</sup> Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerin toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlayacağı ve sağlık harcamalarını daha maliyet etkin sınırlarda tutacağı söylenmektedir.<sup>15-25</sup>

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre Türkiye’de 2002 yılında birinci basamak sağlık kurumlarında kişi başına yılda hekime başvuru sayısı ortalama 1 iken, bu sayı 2011 ile 2015 yılları arasında ortalama 3'e yükselmiştir.<sup>26</sup> Yine Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılında yayınladığı istatistiklere göre ise birinci basamakta yapılan muayenelerin toplam muayeneler içerisindeki sıklığı %33’tür.<sup>26</sup> Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2012 yılında yaptığı Sağlık Araştırması’na göre 15 yaş üzeri nüfusun yaklaşık %15’i aile hekimi veya pratisyen hekimden hiç hizmet almadığını, yaklaşık %25’i ise son bir yıl içinde aile hekimi veya pratisyen hekimden hizmet almadığını belirtmiştir.<sup>27</sup> Yine TÜİK’in 2012 yılında yaptığı araştırmaya göre hastalık halinde ilk başvuru sağlık kuruluşu %69 ile devlet hastaneleridir.<sup>28,29</sup> Aile sağlığı merkezlerinin ilk başvuru sağlık kuruluşu olarak tercih edilme sıklığı ise %24.6’dır.

Maliye Bakanlığı tarafından 17 Ocak 2007 tarihinde yayınlanan Tedavi Yardımlarına İlişkin Uygulama Tebliği’nde “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, öncelikle aile hekimine başvurulması, aile hekimince lüzum görülmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevkinin yapılmasının teşvik edileceğinden bahsedilmektedir. Ancak pilot uygulamanın sağlıklı bir şekilde yerleşmesini temin etmek ve sağlık hizmetlerine erişimi

engellemek amacıyla bu süreçte aile hekimliği uygulamasına başlanan illerde sevk zorunluluğu olmayıp sevk işlemleri bu maddedeki diğer hükümlere göre yapılabilir ibaresi sayesinde özü sevk sistemine dayalı olması gereken aile hekimliği sistemi gerektiği gibi uygulanmamaktadır.<sup>30</sup> Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) sağlık kuruluşlarına yaptığı toplam yıllık ödeme 2009 yılında 15.5 milyar TL iken 2013 yılında 31.0 milyar TL olmuştur.<sup>31</sup>

Sağlık hizmetlerinin kullanımı; kişilerin geçmişteki sağlık durumu, mevcut sağlık durumu, mevcut rahatsızlığın türü ve şiddeti, yaşam biçimi ve alışkanlıklar ile birlikte uygulanan tıbbi bakım koşulları gibi birçok etmene bağlıdır.<sup>32</sup> Türkiye'de halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığı geçmişte sağlık ocaklarının olduğu dönemde de çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur.<sup>33-35</sup> Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre henüz aile hekimliği uygulamasına geçilmeyen yıllarda da birinci basamaktaki muayeneler toplam muayenelerin üçte birini geçmemektedir.<sup>26</sup> Bu nedenle etkin ve verimli sağlık hizmeti sunumu için "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık sisteminde değişikliğe gidilmek istenmiştir. Mevcut sistemden vazgeçilerek aile hekimliği uygulamasına geçiş benimsenmiştir.<sup>36</sup> Sağlık hizmeti sunumunda köklü değişiklikler yapılmasına karşılık, sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve ilişkili olduğu değişkenlerle ilgili ulusal düzeyde mevcut durumu ortaya koyan veriler sınırlıdır.<sup>37</sup> Bazı bölgesel özellik gösteren araştırmalar yaş, cinsiyet, ve sosyoekonomik değişkenlerin sağlık hizmeti kullanımıyla ilişkili olduğunu gösteren sonuçlar sunmuştur.<sup>38-45</sup>



Birinci basamak sağlık sisteminin hasta bakımı haricinde başka fonksiyonları da vardır. Bunlar kişinin sağlığını izleme, sağlık eğitimi verme ve nüfusla ilgili gerekli sağlık kayıtlarının doğru tutulması gibi halk sağlığını yakından ilgilendiren işlemlerdir.<sup>5</sup> Kişilerin aile hekimine hiç gitmemesi, direkt olarak ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki polikliniklere başvurması ve hatta acil servislere başvurması aile hekimliği sisteminin etkinliğini düşürmekle birlikte acil servislerde ve polikliniklerde beklenenden fazla başvuruya yol aarak o kurumlardaki işleyişi de bozmaktadır.<sup>15-23</sup>

Bugüne dek yapılan diğer çalışmalarda sistemden memnuniyetle ilgili aile sağlığı merkezinde çalışanlara ve aile sağlığı merkezlerine başvuranlara anket çalışmaları yapılmış ve sistemin olası aksaklıkları belirlenmeye çalışılmıştır.<sup>46-51</sup> Aile hekimlerinin yeterlilikleri ile başvuran kişilerin beklentilerinin uyup uymadığı sorgulanmıştır.<sup>52-54</sup> Mevcut mevzuatın ve teknolojik ekipmanın oluşturduğu sorunlar irdelenmiş, çözüm önerileri getirilmeye çalışılmıştır.<sup>14,24,55-57</sup> Aile hekimliği sisteminde çalışan personelin özlük hakları ve çalışma koşullarındaki sorunlar ortaya konulmuş ve bunların iyileştirilmesi için gerekenler belirlenmeye çalışılmıştır.<sup>11,55,56,58-62</sup>

Bütün bu çalışmalara rağmen bugüne dek aile hekimliği sistemini kullanmadığı düşünülen kişilerin neden kullanmadığı, kullanmayanların hangi sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve hangi durumlarda aile hekimliği sistemini kullanabilecekleri ile ilgili yeterli çalışma yapılmamıştır. Bu yüzden üçüncü basamakta yoğun poliklinik hizmetinin verildiği ana branşlara başvuran hastaların aile hekimliği sistemi hakkında bilgi düzeylerini ve sistemle ilgili düşüncelerini

öğrenmenin sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulmasında yapılması gereken değişiklikleri ortaya koymak için iyi bir yöntem olacağı düşünölmüştür.

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinin bazı polikliniklerine başvuran kişilerin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi, sağlık sorunları olması durumunda gösterdikleri tutumların belirlenmesi, aile hekimliği sistemini şu anki haliyle kullanma sıklıklarının ve kullanma sıklığına etki eden faktörlerin belirlenmesi, sistemden memnuniyetin ve sevk sistemi ile ilgili düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Sağlık Hizmetleri**

#### **2.1.1. Sağlığın Tanımı**

Sağlık kavramı geleneksel olarak hastalığın olmayışı olarak algılanmıştır.<sup>63</sup>

Hastalık kavramının subjektif oluşu sebebiyle bu tanımın yetersiz ve yanlış olacağı günümüzde anlaşılmıştır. DSÖ'nün anayasasında sağlık; “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedenen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin bulunması” olarak tanımlanmıştır.<sup>64</sup>

#### **2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Sağlık hizmetleri kısaca “Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü” olarak tanımlanabilir.<sup>63</sup> Tanımdan anlaşılacağı üzere sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak 3 ana başlıkta incelenebilir. Modern sağlık tanımının içerdiği tam iyilik halinin anlaşılabilmesi için bunlara dördüncü bir başlık olarak sağlığın geliştirilmesini de eklemek gerekir. Sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı bir tanımı ise “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi, kişilerin ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması hastaların tedavi edilmesi, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için rehabilite edilmesi ve toplumun sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümü” şeklinde yapılabilir.<sup>65</sup>

### 2.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin dört boyutu vardır.

#### 2.1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri erken ölümden, hastalanmaktan, yaralanmaktan ve sakat kalmaktan korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir. Bu korumanın da üç ayrı boyutu vardır. Birincil korunma; hastalık kişide biyolojik olarak başlamadan önce bazı önlemler alarak söz konusu hastalığın görülmesini önlemektir. İkincil korunma; hastalıkların belirtisiz dönemlerinde veya belirtilerin hafif olduğu dönemlerde teşhis edilip tedavi edilmeleridir. Üçüncül korunma ise hastalığın klinik bulgu ve belirtilerinin ortaya çıkışından sonra, hastaların en iyi şekilde tedavisi sekelli hastaların rehabilite edilmesi gibi hizmetleri kapsar.<sup>65</sup> Koruyucu sağlık hizmetleri başka bir sınıflamaya göre çevreye ve insana verilen koruyucu sağlık hizmetleri olarak da ele alınabilir. Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri doğrudan bireylere götürülen hizmetlerdir. Ana öğeleri; bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı, sağlık eğitimi, beslenmenin iyileştirilmesi, aile planlaması, kişisel hijyenin geliştirilmesidir. Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetlerin amacı ise çevredeki olumsuz biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörlerin insanları etkilemelerini önleyerek kişisel sağlıklarını koruyabilmektir. Bunlar arasında atıkların zararsız duruma getirilmesi, vektörlerin kontrolü, temiz su sağlanması, gıda kontrolü gibi hizmetler sayılabilir.<sup>63,65</sup>

### 2.1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta ele alınır.

1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında verilir. Aile sağlığı merkezleri (ASM) dispanserler ve işyeri tabipliklerince verilen hizmetler bu hizmetlere örnektir. Bu basamaktaki imkanlarla teşhis veya tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.<sup>63,65</sup>
2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda yatırılarak tedavileridir. Uzman hekimlerce hizmet verilmektedir.<sup>65</sup>
3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: En geniş teşhis ve tedavi imkanlarına sahip yataklı tedavi kuruluşlarınca verilen hizmetlerdir. Özel dal ve eğitim hastaneleri bunlara örnektir. Bu hastaneler en yüksek tıp teknolojisinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir.<sup>63,65</sup>

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin basamaklar biçiminde ele alınmasının temel nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak içindir. Bu sistemde hasta acil haller dışında ilk olarak birinci basamağa başvurmalıdır. Böylece zaman kayıpları önlenecek, hastaneler gereksiz hasta yükünden kurtulacak, hizmet kalitesi yükselecek ve maliyetler azalacaktır.<sup>63,65</sup>

### 2.1.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon bedence veya ruhça sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar.

### 2.1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Kişilerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreci kapsar.

### 2.1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Koruyucu hizmetlerle birlikte evde ve ayaktan tedavi hizmetlerinin bir arada sunulduğu hizmet basamağı birinci basamak sağlık hizmetleridir.<sup>66</sup> Sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak ayrılmasının ana nedeni, bir sağlık sorunu sebebiyle oluşan bakım ihtiyacını, bireylerin ilk başvuru noktasında almaları ve bu başvuru noktasına her zaman kolaylıkla erişebilmelerinin sağlanmasıdır.<sup>67</sup>

Birinci basamak tedavi hizmetlerinin sunum şekli, kimler tarafından sunulacağı ve hatta birinci basamağa gerek olmadan kişilerin uzman hekime müracaatının serbest olup olmayacağı halen tartışma konusudur. Birinci basamakta hizmet veren hekimler için iki farklı terminoloji kullanılmaktadır. İkisi de neredeyse tamamen eş anlamlı olan aile hekimi veya genel pratisyen. Tek fark kimi ülkelerde Aile Hekimliği'nin ayrıca bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmasında

olmuştur. Buna rağmen aile hekimi uzmanı veya genel pratisyen çoğunlukla aynı hizmeti sunan hekim grubuna verilen isimdir. Literatürde pek çok aile hekimi/genel pratisyen tanımına rastlanmaktadır.

“Genel pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa, kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, genel pratisyenin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluğunu kabul eder.”<sup>23,68</sup>

“Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir. Mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.”<sup>23,68</sup>

“Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır.”<sup>23,68</sup>

Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin tanımı, temel özellikleri ve çekirdek yeterlilikleri de 2002 yılında Avrupa Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Topluluğu'nun düzenlediği konferansta belirlenmiştir. Aile hekimi ve genel pratisyenlerin sahip olması gereken özellikler listelenmiştir.<sup>23</sup>

- 1) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Yaş, cinsiyet ya da başka herhangi bir özelliğe bakmaksızın kişilerin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- 2) Kaynakların etkili kullanımını sağlar. Bunu gerçekleştirebilmek adına verilen hizmeti koordine eder. Birinci basamakta yardımcı sağlık personeliyle ekip halinde çalışır ve birinci basamakta çözülemeyen sorunlar için kişiyi yönlendirir ve süreci yönetir.
- 3) Kişiye, aileye ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım sergiler.
- 4) Sürekli iletişim halinde olduğu kişilerle arasında gelişen bir ilişki kurar.
- 5) Kişilerin hem akut hem süreğen (kronik) sorunlarıyla eş zamanlı olarak ilgilenir.
- 6) Henüz netleşmemiş ve acil müdahale gerektiren sağlık sorunlarıyla da ilgilenir.
- 7) Sağlığı geliştirme çabalarında bulunur.
- 8) Toplumun sağlığı için de sorumluluklar üstlenir.



9) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal ve kültürel sebepleriyle birlikte değerlendirir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerini vermekle yükümlü aile hekimi ve genel pratisyenlerin görevlerinin neler olacağı ayrı bir tartışma konusudur. Bu konuda her ülkenin kendi mevzuatında belirttiği görev tanımlamaları olmakla birlikte literatürde genel olarak derlenmiş başlıklar şu şekildedir:<sup>68</sup>

a) Veri Toplama ve Kayıt Tutma: Kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Kişiyi daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere gitmesini sağlar. Bu sayede ikinci ve üçüncü basamakta yoğunluk önlenerek, yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinin daha etkin biçimde kullanımı sağlanır. Sağlık kayıtlarının doğru tutulması koruyucu hekimlik uygulaması için de önem arz etmektedir. Bu kayıtlar sağlık araştırmaları için de çok değerli bir veri kaynağıdır.<sup>68</sup>

b) Koruyucu Hekimlik: Tedavi hizmeti sunan her hekim aynı zamanda koruyucu hekimlikten de sorumludur. En etkili koruyucu hekimlik uygulaması birinci basamakta yapılır.<sup>68</sup> Koruyucu hekimliğin üç ayrı boyutu vardır. Birincil koruma; hastalıkların oluşmasını engellemedir. İkincil koruma; hastalıkların erken tanısı ve tedavisini içerir. Üçüncül koruma; komplikasyonları ve hastalığın ilerlemesini önleme çalışmalarıdır.

c) Sağlık Eğitimi: Eğitim yetersizliği var olan hizmetlerin bile istenilen düzeyde kullanılmamasına yol açabilir. Sağlıkla ilgili konularda genel bilgi eksikliği birinci basamak hekimlerinin sürekli takip ettikleri nüfusa zaman

içerisinde ihtiyaca ve kişiye yönelik vereceği eğitimle çözümlenmelidir. Birinci basamakta çalışan aile hekimi ve genel pratisyenlerin en önemli görevlerinden biridir.<sup>68</sup>

d) Sağlık Danışmanlığı ve Yönlendirme: Birinci basamakta çalışan hekimler kişilere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık vermelidir. Yani yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren birinci basamak sağlık hizmeti sunmalıdır.

e) Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi: Birinci basamakta tanı ve tedavi hizmeti sağlık hizmetlerinin etkin kullanılması açısından kilit öneme sahiptir.<sup>68</sup> Alma-Ata Bildirgesi'ne göre sağlık sorunlarının %85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Ayrıca basit laboratuvar tetkiklerinin yapılmasıyla bu sıklığın % 96'ya çıktığı bildirilmektedir.<sup>1,12,13</sup> Birinci basamakta verilmesi gereken sağlık hizmetinin ikinci ve üçüncü basamakta verilmesinin uygun olmadığı, hizmetin bu şekilde sunulmasının maliyeti arttıracığı ve sürdürülebilir olmadığı söylenmektedir.<sup>14</sup> Birinci basamak sağlık kurumunda çözümlenemeyen sağlık sorunlarının çözümü için var olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, sevk zinciri uygulamasının olmadığı durumlarda etkisiz, verimsiz ve gereksiz bir biçimde yoğun olacağı öngörülmektedir.<sup>15-20</sup> Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerin toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlayacağı ve sağlık harcamalarını daha maliyet etkin sınırlarda tutacağı söylenmektedir.<sup>15-25</sup>

f) Kronik Hastalıkların İzlenmesi ve Yaşlı Sağlığı: Kronik hastalığı olanların yakın izlemi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi ve küçük müdahalelerle önlenmesini sağlar. Böylece, hastaların sık sık hastaneye başvurmaları ya da hastaneye yatış gereksinimi ortadan kaldırılarak hem bireyler hastalıklardan korunmuş hem de kaynak tasarrufu sağlanmış olur.<sup>68</sup>

g) Periyodik Muayene: Periyodik sağlık kontrolü, gelecekteki hastalanma riskini saptamayı, hastalığı belirti vermediği erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik danışmanlık hizmeti vermeyi hedefler.<sup>68</sup> Birinci basamakta sağlık hizmetlerinin olmazsa olmazlarındandır. Toplumda sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmayan kişilerin tespit edilmesini sağlar. Böylece bu kişilere de koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler ulaştırılmış olur.

#### 2.1.5. Sağlık Hizmetlerinde Sevk Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılı hedeflerinden ilki, bir ülkedeki her bireyin temel sağlık hizmetleri ve sevk sistemine ulaşmasının sağlanmasıdır.<sup>25</sup> Etkili bir sevk sistemi sağlık hizmetlerinde "öncelikli ve sürekli" gereklerden biridir.<sup>24</sup> Kişilerin ilk başvuracakları hekim belli olmadığında, yani doğrudan uzman hekime yönelimin tamamen serbest olması halinde sağlık sonuçlarının bundan olumsuz etkilendiği, sağlık hizmetlerinin işleyişi ve maliyeti açısından sağlık sistemlerine çok önemli yükler getirdiği söylenmektedir.<sup>19,20</sup> Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve bu hizmetleri

herkesin ihtiyacı oranında, eğitimli ve coğrafi açıdan dengeli dağılmış sağlık ekipleri tarafından sunmak bugün çağdaş sağlık sistemlerinin önemli amaçlarından birisi haline gelmiştir.<sup>69</sup> Sevk sisteminin yaygın olarak kullanılan bir diğer adı da kapitutuculuktur.<sup>70</sup> Gelişmiş ülkelerde uygulanan sistemlerden örneklere bakacak olursak hepsinde farklılıklar bulunmaktadır. Bazılarında zorunlu sevk sistemi varken bazılarında yoktur.

**1) İngiltere:** Sistem her İngiliz vatandaşının bir genel pratisyenin listesine üye olma esasına dayanır. Genel vergilerle finanse edilen bu sistemde, hizmeti kullanım sırasında ücretsiz olarak tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı verilmiştir. Bu hizmetlere örnekler ev ziyaretleri, aşılamalar, tetkik ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra gerekli olduğunda ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri için temas kurma, gerekli bilgileri aktarma, randevu alma ve ilgili işlemler tamamlandıktan sonra da hastanın sürekli takibini içerir. İngiliz sistemi (NHS; Ulusal Sağlık Hizmetleri) kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun tipik ve başarılı örneklerinden biridir. Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğundadır bu da öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili örgütlenmesini getirmiştir. İngiliz sisteminde ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri de kamu tarafından finanse edilmekte ve hizmet kamu hastaneleri tarafından verilmektedir. Tamamen genel vergilerle finanse edilen bu sistemde her İngiliz vatandaşı tüm hastane hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.<sup>69</sup>

**2) İsveç:** İsveç'teki sağlık sisteminin en önemli özelliği zorunlu sevk sisteminin uygulanmamasıdır. Ancak birinci basamağa başvurmadan üst basamaklara giden hastalar için farklılaştırılmış katkı payı sistemi

uygulanmaktadır. Katkı payı, ülkede sağlık hizmetlerinin her basamağında hastalardan alınmaktadır. Ancak birinci basamağı teşvik amacıyla aile hekimi/genel pratisyene başvuruda alınan katkı payı, diğer basamaklara doğrudan yapılan başvurularda alınan katkı payından daha düşüktür. Aile hekimi sevk yaptığı sürece özel merkezlere gidilse dahi ek ücret ödenmemektedir. Direkt olarak ikinci basamak merkezlerden randevu alındığında, bekleme sürelerinin uzun olması sebebiyle birinci basamak hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir.<sup>69</sup>

**3) Hollanda:** Sistem pratisyen hekimliğe dayalıdır. Pratisyen hekim sevk vermeden hastanelere gidilemez. Herkesin bir pratisyen hekime kayıt zorunluluğu vardır. Bununla birlikte bir kişi yılda ortalama beş kez pratisyen hekimine başvurmaktadır.<sup>69</sup>

**4) Küba:** Gelişmekte olan ülkeler içerisinde yer almasına rağmen sağlık göstergeleri açısından en iyi 30 ülke arasındadır. Bu göstergeler de birinci basamak sağlık hizmetlerinin çok etkin verildiğinin göstergesidir. Sistem tamamen kamu tarafından finanse edilmektedir. Her birey bir genel pratisyen/aile hekimine kayıtlıdır. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri de kamu tarafından karşılanmaktadır. Aile hekimleri temel görevlerinin yapmasının yanı sıra ikinci basamağa hasta sevkinde bulunur ve takibini yapar.<sup>69</sup>

İngiltere, İrlanda, Hollanda, İtalya, Danimarka, İspanya, İsrail, Finlandiya ve Norveç uzmana sevklerin büyük oranda genel pratisyenler tarafından kontrol edildiği ülkeler arasındadır. Fransa, Almanya, Belçika, İsveç, İsviçre, Çek Cumhuriyeti ve Türkiye ise uzman hekim hizmetlerine erişimin serbest olduğu “açık sistemli” ülkeler arasındadır. Ancak tüm bu ülkeler arasında sistemler

arasında ufak farklılıklar olduğu da gözden kaçmamalıdır. Hastanın ikinci basamağa hiçbir kısıtlama olmaksızın erişebildiği durumdan çok katı bir kapıtutuculuğa kadar iki uç arasında dağılan modellemeler vardır. Katkı payları, genel pratisyenlerin sevk sistemine katılıp katılmaması gibi değişkenler modeli şekillendirmektedir. Çoğunlukla ise birinci basamağa ilk başvurunun özendirildiği ancak uzman hekime başvurmanın serbest olduğu modeller karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye'deki duruma bakacak olursak Maliye Bakanlığı tarafından 17 Ocak 2007 tarihinde yayınlanan Tedavi Yardımlarına İlişkin Uygulama Tebliğinde "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kapsamında aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, öncelikle aile hekimine başvurulması, aile hekimince lüzum görülmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarına aile hekimince sevkinin yapılmasının teşvik edileceğinden bahsedilmektedir. Ancak pilot uygulamanın sağlıklı bir şekilde yerleşmesini temin etmek ve sağlık hizmetlerine erişimi engellemek amacıyla bu süreçte aile hekimliği uygulamasına başlanan illerde sevk zorunluluğu olmayıp sevk işlemleri bu maddedeki diğer hükümlere göre yapılabilir ibaresi sayesinde özü sevk sistemine dayalı olması gereken aile hekimliği sistemi gerektiği gibi uygulanmamaktadır.<sup>30</sup> Sevk sisteminin düzgün işlemeyişinin sağlık hizmetlerinde maliyetleri de artırdığı bilinmektedir. SGK'nın sağlık istatistik yıllığına göre sağlık kuruluşlarına yapılan toplam yıllık ödeme 2009 yılında 15.5 milyar TL iken 2013 yılında 31.0 milyar TL olmuştur.<sup>31</sup> Bu harcama artışı kurumun genel sağlık sigortasından elde ettiği gelir, nüfus değişikliği gibi parametrelerle açıklanamamaktadır. SGK'nın bütçe açığı vermesindeki en önemli sebeplerden biri

olarak tedavi hizmetlerine yaptığı ödemelerdeki artış gösterilmektedir. SGK bu hizmetlere ödeme yaparken Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki ücretleri baz almaktadır ve bu ücretlerde yıllardır enflasyonu dahi karşılamayan çok ufak artışlar olmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu birinci basamak sağlık hizmetlerine herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Bahsi geçen harcamalar özel ve kamu olmak üzere ikinci ve üçüncü basamak olarak kabul edilen hastaneler ve üniversite hastanelerine yapılan muayene, tetkik, tedavi ücretleridir. Birinci basamak tedavi hizmetleri aile hekimlerince verilmektedir. Diğer tedavi hizmetlerinden farklı olarak aile hekimleri yaptıkları muayene başına değil kendilerine kayıtlı olan nüfusa göre Sağlık Bakanlığının bütçesinden ödeme almaktadırlar.

## **2.2. Aile Hekimliği Disiplini Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Uygulamaları**

### **2.2.1. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi**

#### **2.2.1.1. 1961 Yılı Öncesi Verilen Hizmetlerin Özellikleri**

Koruyucu hekimlik hizmetleri genel bütçeden finanse edilmiştir. Tedavi edici hizmetler yerel yönetimlerin sorumlu olduğu hastaneler tarafından verilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenemediği söylenebilir.<sup>71</sup> Sağlık hizmetleri bütün vatandaşlara eşit olarak sunulamamış, koruyucu sağlık hizmetleri istenilen şekilde geliştirilememiştir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması için yapılan çalışmalar da il ve ilçe düzeyinin ötesine geçememiştir.<sup>72</sup>

#### **2.2.1.2. 1961-2004 Yılı Arası Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi**

Türkiye'de 1961 yılında kabul edilen yeni anayasayla birlikte "Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme" dönemi de başlamıştır. 12 Ocak 1961'de "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun" Resmi Gazetede yayınlanarak

yürürlüğe girmiştir.<sup>73</sup> Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) “Sağlık hizmetlerinde, Türkiye’de sağlık seviyesini yükseltmek amacı ile çevre sağlık şartlarının iyileştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, beslenme şartlarının düzeltilmesi, aile plânlaması ve bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması gibi hedefler gerçekleştirilecektir. Sağlık programları, tedavi hekimliğinin plânlamasında çok pahalı ve tesirsiz olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi mümkün kılacak olan bir sisteme doğru yönelecektir. Hastanecilik bu sistemin tamamlayıcı bir unsuru olarak ele alınacaktır” denilmiştir.<sup>74</sup> 224 sayılı yeni yasanın getirdiği temel ilkelere bakılacak olursa

- 1) Yasaya göre finansman vatandaşların ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanacaktır. Sosyalleştirilmiş bölgelerde, hastanın ücretini ödemek koşuluyla istenilen sağlık personelini ve kurumunu seçme hakkı vardır. Sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personeli mesleklerini serbest olarak icra edebilecektir. Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvurular, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden ücretsiz yararlanacaktır.<sup>73</sup>
- 2) Sağlık sistemi en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırılır. Hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi veya sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi bakımdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler. Bu sistem içinde sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik



düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumlar olarak tanımlanırlar.<sup>73</sup>

- 3) Sağlık ocakları ve sağlık evleri her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetleri entegre olarak sunarlar.<sup>73</sup>
- 4) Hastaneler tedavi edici hizmetlerin yanı sıra kendilerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek ve sağlık ocaklarındaki personelin mesleki gelişimine yardımcı olmak zorundadırlar.<sup>73</sup>
- 5) Herkes kendi sağlık ocağına başvurduğunda koruyucu ve o kurumda sunulabilen tedavi edici hizmetlerden parasız yararlanma hakkına sahiptir.

Bu ilkelere bakılacak olursa sağlık ocağı sistemi de sevk sistemini özendirici olmakla birlikte yarı açık sistemlere örnek olarak nitelendirilebilir. Finansman ve ilkeler açısından da İngiltere'nin halen uyguladığı NHS'ye (Ulusal Sağlık Sistemi) benzemektedir. Sistem temelde doğru ilkeler üzerine kurulsa da pratikte tam zamanlı hekim çalıştırılmaması, altyapının sağlanamaması ve gerekli tıbbi ekipmanın bile temin edilememesi sebebiyle sağlık ocakları niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır.<sup>71</sup> Altyapısı hazır olmayan illerde sağlık ocağı sistemine geçilmeyeceği yasada belirtilmişken, yasanın çıkmasının üzerinden 22 yıl geçmesine rağmen halen tüm illerde hazırlığın tamamlanamaması sonucu 1983 yılında tüm illerde sağlık ocağı sistemine geçilmiştir. Bu uygulamada temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, köy tipi (nüfusu 10 binden az olan), ilçe tipi (nüfusu

10-20 bin arasında) ve il tipi (nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardır. Yaklaşık her 2000 - 2500 kişiye bir hekim, 2000 kişiye bir sağlık memuru ve hemşire, 1500 kişiye bir ebenin yanında, sayıları ocak tipine göre değişen memur, hizmetli ve şoförü de içeren bir ekip çalışması öngörülmektedir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenir. Bu nedenle de başta belediye, milli eğitim, tarım, sosyal hizmetler il ve ilçe müdürlükleri gibi diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışması istenir. Sağlık ocağı gerek gördüğünde hastaları bir üst basamağa sevk eder.<sup>2,75,76</sup>

#### 2.2.1.3. 2004'den İtibaren Aile Hekimliğine Geçiş Süreci

Türkiye'de Aile Hekimliği uygulaması 1990 sonrası birçok Devlet dokümanında yer almıştır. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısını değiştiren Aile Hekimliği ile ilgili kanun 2004 yılında çıkarılmış ve 15.09.2005 tarihinde ilk olarak Düzce ilinde pilot uygulamaya başlanmıştır.<sup>7</sup> 2010 yılı başı itibariyle de tüm Türkiye'de uygulamaya geçilmiş ve Sağlık Ocakları'nın üstlendiği koruyucu hizmetlerin çoğunu "Toplum Sağlığı Merkezi" (TSM) üstlenmiştir.<sup>10,77</sup>

#### 2.2.2. Aile Hekimliği Disiplinin Tarihçesi

Aile hekimliğine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Dr. Francis Peabody tarafından tıpta görülen aşırı branşlaşma sonucu hastaların ortada kaldığı ve insanları bir bütün olarak ele alacak bir uzmanlık alanının kurulması gerektiği şeklinde belirtilmiştir.<sup>68</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde 1969 yılında birincil

bakım konusunda çalışan yeni bir uzmanlık dalı “Aile Hekimliği” tanınmış ve Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu kurulmuştur.<sup>68</sup> WONCA’nın 2002 yılında yaptığı konferansın sonucunda aile hekimliği/genel pratisyenlik hem bir disiplin hem de bir uzmanlık olarak tanımlanması gerektiği belirtilmiştir. İlki; disiplinin olduğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir. İkincisinin gerekliliği ise, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi içindir.<sup>23</sup> Amerikan Tıp Birliği Tıp Eğitimi Konseyi Aile Hekimliği Eğitimi Komitesi’nin raporuna göre aile hekimi; “Hasta ile ilk temas kuran ve sağlık sisteminden faydalanmasını sağlayan hekim olarak hizmet verir. Hastanın bütün sağlık ihtiyaçlarını değerlendirir, bireysel olarak veya diğer uzmanlık alanları ile birlikte tıbbi bakımını sağlar ve gerektiğinde hastayı sürekli gözetim altında tutulmak üzere uygun gördüğü merkezlere yatırılmak üzere sevk eder. Hastanın sağlığı ile ilgili her konuda sürekli sorumluluk duyar ve sağlık hizmeti sağlayan birimler arasında bir lider veya koordinatör olarak görev yapar. Hastanın; toplum, aile veya sosyal çevresini de içerecek şekilde sağlığı ile ilgili her konuda sorumluluğu kabul eder. Aile hekimi, bireysel bir doktordur. Bütün hastaları bilir ve yönlendirir, tedavide hem bilimsel tıbbi hem de insani değerleri kullanır. Ailenin sadece bir ferdine hizmet verebilir fakat daha çok ailenin, birden çok ferdine veya bütün fertlerine hizmet verir. Genellikle sadece kendisi, diğer geleneksel uzmanlık sahalarından daha fazla tıbbi hizmet sunar ve sevk ettiği uzmanlardan veya sağlık personelinin sağlık hizmeti veya danışmanlık almayı koordine eder. Hastanın en iyi şekilde ve sürekli sağlık hizmeti alması konusunda

sorumluluk duyar ve gerçekte sağlık ekibinin yöneticisi olarak hizmet verir.” şeklinde tanımlanmıştır.<sup>78</sup> Ransom ve Vandervoort’a göre aile hekimliği yaşam, sağlık, hastalık, sağlık bakımının birbirleriyle ilişkilerini araştıran yeni bir disiplindir. Birey-aile, aile-çevre ilişkilerinin ekolojisine odaklanır. Bireye ve hastalığına odaklanıldığında çözülemeyen sağlık sorunlarının, yaşamı oluşturan ve tekrarlayan kişiler arası durumlar modeli ile anlaşılmasını ve değiştirilmesini amaçlar.<sup>79</sup> Günümüzde aile hekimlerinde olması gereken özellikler şöyle sıralanmıştır.<sup>80</sup>

- 1) Bütüncül yaklaşım ile koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte verilebilmesini sağlar.
- 2) Davranış değişikliği yoluyla kişilerin yaşamına olumlu etkilerde bulunur.
- 3) İnsanlarla kurdukları sürekli yakın ilişki sayesinde sağlık hizmeti deneyimini daha kolay hale getirir.
- 4) Sağlık sorunlarının karmaşıklığı karşısında sağlığın tüm bileşenlerini düşünerek karar verme yetisine sahiptir.
- 5) Dinleme, empati, farkındalık, ikna, öngörü gibi iletişimi güçlendiren özelliklere sahiptir.

Aile hekimi hastalarla ilk buluşma noktasıdır. Kolay ulaşılabilir olması sürekli olarak ve bütüncül yaklaşımı benimsemesi Aile Hekimliği’ni diğer tıp disiplinlerinden ayıran önemli özelliklerdendir. Hastalar sadece hastalık dönemlerinde değil kendilerini iyi hissettiklerinde de doktorlarıyla temas halindedirler.<sup>81</sup>

Her aile hekiminin kendine bağılı belli bir sayıda nüfusu olması; kolay ulaşılabilirliği sağlamak, sağıık hizmeti sunulan toplumu yakından tanımak, tanımlanan nüfusta hangi hastalıkların ne oranda bulunduğunu, bölgenin mevsimlere göre değıışen hasta ve hastalık profilini de anlamaya olanak sağlamaktadır.<sup>81</sup>

### 2.2.3. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Aile Hekimliği kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında tartışılmaya başlanmış ve o dönemde genel olarak sağıık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünölmüş, ayrı bir uzmanlık olması fikri genel bir kabul görmemiştir. 1983 yılına gelindiğinde artık dünyada 10 yıldır var olan Aile Hekimliği uzmanlığının Türkiye’de de verilmesi zorunlu hale gelmiş ve aynı yıl Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne alınarak Türkiye’de Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Eğitim süresi pratisyenler için üç yıl, çocuk sağıığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Faköitesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurulmuştur.<sup>11</sup> Türkiye’de Sağıık Bakanlığı’nın 1992 yılında gerçekleştirdiğı 1. Ulusal Sağıık Kongresi ile aile hekimliği ile ilgili tartışmalar başlamıştır.<sup>11</sup> Aile Hekimliği uzmanlığının ölkemizdeki gelişiminin başlangıç yıllarında Akademik Aile Hekimliği öne çıkmıştır. 1993 yılındaki Yüksek Öğretim Kurulu kararıyla, birçok üniversitede Aile Hekimliği anabilim dalları kurulmaya ve aile hekimi akademisyenler akademik kadrolara atanmaya başlanmıştır.<sup>82</sup> Akademik aile hekimliğinin gelişimi uzun bir süre sahadan kopuk gerçekleşmiştir. Kuşkusuz bunda akademik birimlerimizin sorumluluğı en alt düzeydedir.<sup>82</sup> Çünkü

daha baştan itibaren tüm aile hekimliği akademisyenleri, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin kurulduğu günden bu yana savunduğu görüşleri desteklemişler ve akademik birimlerin sağlık ocağı bağlantısının kurulması zorunluluğunu dile getirmişlerdir.<sup>82</sup> Bu bağlantının oluşturulamaması nedeniyle anabilim dalları kendi polikliniklerini kurarak birinci basamağa entegre olmaya çalışmışlardır.<sup>82</sup>

Türkiye'de 5258 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında kanun 24.11.2004 tarih ve 25650 sayılı Resmi Gazete'de, ardından sırasıyla Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı ve Aile Hekimliği pilot uygulaması kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca çalıştırılan personele yapılacak demeler ve sözleşme şartları hakkında yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce ilimizde geçilmiştir. Halen 81 ilimizde birinci basamakta Aile hekimliği modeli uygulanmaktadır. Aile Hekimliği uygulama yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve bu yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Aile Hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır. 2010 yılı sonunda tüm illerimizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

#### 2.2.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Sisteminin Mevcut Uygulaması

Literatürde aile hekimliği ile genel pratisyen kavramının genellikle eş tutulduğundan Türkiye’deki “aile hekimliği” tartışmasını da iyi anlamak gerekir. Kanunun getirdiği yenilikler maddeler halinde incelenecek olursa:<sup>7</sup>

- 1) *“Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde kişilerin aile hekimine kayıt yapılır. Bakanlıkça belirlenen süre sonunda kişiler aile hekimlerini değiştirebilirler.”<sup>7</sup>*

Herkesin istediği aile hekimine kayıt olabilmesi ve değiştirme hakkının olması, birinci basamakta bölge bazlı izlem yerine kişi bazlı izlem sistemini getirmiştir.

- 2) *“Aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır.”<sup>7</sup>*

Tam kapı tutuculuk uygulamasından bu maddeyle vazgeçilmiştir. Eski sistemde birden çok sosyal güvenlik kurumu ve bu kurumlara bağlı hastaneler ve her bireyin farklı hastanelere başvuru ve ödeme durumlarının farklı olduğu zamanlarda oldukça zor uygulanacak olan sevk sistemi, tek sosyal güvenlik kurumunun olduğu günümüzde ise daha kolay uygulanabilir. Birinci basamakta verilen hizmetlerin tüm nüfusa ücretsiz olarak sunulması beklenen ve olması gereken iyi bir uygulamadır.

- 3) *“Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık*

*ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir.”<sup>7</sup>*

Bu maddede yapılan tanımla aile hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde sadece bireye hizmet vereceği belirtilmiştir. Ayrıca aile hekimi uzmanı olmayan diğer branş uzmanları ve genel pratisyenlerin de aile hekimliği yapabileceği belirtilmiştir.

- 4) *“Aile hekimlerine (aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle) yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, **aile sağlığı merkezi giderleri**, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır.”<sup>7</sup>*

Bu maddeyle birinci basamak sağlık hizmetlerindeki finansman modeli değiştirilmiştir. Artık her aile hekimi bulunduğu ASM'nin giderlerini kendisi karşılayacak ve giderlere ait bir ödemeyi alacaktır.

Kısaca özetlemek gerekirse Türkiye'deki sistemin kendine has özellikleri; kişilerin dilediği aile hekimine kayıt olabilmesi, aile hekimi olarak belirli bir süreli eğitimden geçmiş genel pratisyen hekimlerin de çalışabilmesi, zorunlu sevk sisteminin olmayışı ancak sevk olmadan üst basamağa başvuranlardan katkı payı alınması, aile hekimlerinin serbest hekimlik örneğindeki gibi çalışma koşullarına



ait tüm giderleri üstlenmesi ve bunların belirli bir standart ölçüsünde Sağlık Bakanlığı tarafından aylık ödemeye yansıtılması, sunulan hizmetin tüm nüfusa ücretsiz olması, gezici sağlık hizmeti uygulaması ile kırsal alanda altyapısı olmayan yerlere haftanın belirli günleri hizmet götürülmesi, aile hekimlerinin tam gün esasına göre çalışması olarak sayılabilir.<sup>7</sup>

#### 2.2.4.1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

Yönetmelikte vurgulanması gereken hizmetlerin yürütülmesiyle ilgili, aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarına dair maddeler aşağıda listelenmiştir.<sup>10</sup>

- 1) Aile hekimi; aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği **kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerini** yürütmekle yükümlüdür.<sup>10</sup>
- 2) Aile hekimi; kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiyeye yönelik **koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini** bir ekip anlayışı içinde sunar.<sup>10</sup>
- 3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için **altı ay içinde** ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek<sup>10</sup>
- 4) **Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri** ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek<sup>10</sup>
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek<sup>10</sup>
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak<sup>10</sup>

- 7) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik **izlem ve taramaları** (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak<sup>10</sup>
- 8) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere **evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin** yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek<sup>10</sup>
- 9) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan **hastaları sevk etmek**, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak<sup>10</sup>
- 10) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak **sağlık kayıtlarını tutmak** ve gerekli bildirimleri yapmak<sup>10</sup>
- 11) Kendisine kayıtlı kişileri **yılda en az bir defa** değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek
- 12) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak<sup>10</sup>
- 13) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek<sup>10</sup>
- 14) Bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yürütülür.<sup>10</sup>
- 15) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları **tam gün esasına** göre çalışırlar.<sup>10</sup>

- 16) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır.<sup>10</sup>
- 17) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin iğeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının sũresi en çok on gũndũr. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. S‚zleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; iğeriği, sũresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.<sup>10</sup>
- 18) Aile hekimlerinin kullanmak zorunda oldukları teknik, tıbbi cihaz, bilgisayar donanımları ile gezici sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli olan motorlu araçlar, esas olarak ***aile hekimleri tarafından temin edilir.***<sup>10</sup>
- 19) Teşhis ve takip için gerekli g‚rũlen basit g‚rũntũleme ya da laboratuvar tetkikleri aile sağlığı merkezlerinde yapılabilir. Aile hekimlerinin istediği laboratuvar tetkikleri öncelikle halk sağlığı laboratuvarı olmak üzere mũdũrlũęũn uygun g‚rdũęũ bir laboratuvarda yaptırılır.<sup>10</sup>
- 20) Aile hekimi, hastasının ikinci ve ũũncũ basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. ***Gerek g‚rũlmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder*** ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler.<sup>10</sup>

## 2.2.5. Dünyada Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uygulama Örnekleri

Tüm dünyada birinci basamak tedavi hizmetlerinin sunumunda aile hekimleri veya genel pratisyenler çalışmaktadır. Sistemin isminden bağımsız olarak farklı uygulamalar genel hatlarıyla ülkeler halinde verilmiştir.

### 2.2.5.1. İngiltere

İngiltere 1948 yılından bu yana Ulusal Sağlık Sistemi adında ülkeye özgü bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlık hizmetleri genel vergilerden finanse edilmektedir. Herkesin kayıtlı olduğu bir aile hekimi vardır. İkinci ve üçüncü basamak hastanelere doğrudan başvuru olmayıp acil durumlar dışında kayıtlı olunan aile hekiminden sevk almak gerekmektedir. Aile hekimleri kendilerine kayıtlı nüfus başına ödeme almaktadır.<sup>84</sup> Koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilmektedir.<sup>85</sup> Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk hızı yaklaşık %10'dur.<sup>85</sup> Aile hekimi başına düşen nüfus 3000 civarındadır.<sup>85</sup> Aile hekimleri genellikle üç veya dört kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde diğer yardımcı sağlık personelinin de bulunduğu bir ekip hizmeti sunmaktadırlar.<sup>86</sup>

### 2.2.5.2. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD'de sağlık sisteminin kendisine özgü karmaşık yapısı içinde ve hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle basamaklandırılmış bir sağlık sistemi ve etkili bir sevk sistemi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin çoğu özel sektörün elindedir ve toplumun % 14'ünün sağlık güvencesi yoktur. Tüm hekimlerin %40'ı birinci basamakta görev yapmaktadır. Bu hekimler içerisinde Dahiliye ve Pediyatri

uzmanlarıyla birlikte Aile Hekimi uzmanları da bulunmaktadır. Aile hekimleri tek başlarına veya birkaç hekimin bir arada olduğu sağlık merkezlerinde hizmet verirler. Ödemeler kişi ve hizmet başına göre yapılır.<sup>85</sup> Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır.<sup>87</sup>

#### 2.2.5.3. Almanya

Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. 1994 yılından itibaren birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir. Hastalar dosyalarını teslim ettikleri aile hekimlerine en az 3 ay bağlı kalmakla yükümlüdürler. Aile hekimleri gerekli görürlerse, hastalarını diğer uzmanlara veya hastaneye sevk edebilir. Aile hekimleri acil olgulara mesai saatleri dışında da bakmakla yükümlüdürler.<sup>85</sup> Alman sağlık sistemi çalışan ve işveren tarafından finanse edilen sosyal sigorta üzerinden yürümektedir. Nüfusun %90'a yakını kanuni sağlık sigortası güvencesi altındadır. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik, tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarındadır. Aile hekimi muayenehanesinin donanımını kendisi almak ve personelinin maaşını kendisi ödemek durumundadır.<sup>88</sup>

#### 2.2.5.4. Kanada

Kanada'da ulusal sağlık sigortası tüm bireyleri kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından verilmektedir. Aile hekimleri büyük kentlerde muayenehanelerinde çalışırlar ve 2. basamağa sevk ettikleri hastalarının tedavileri ile de bizzat ilgilenirler. Kırsal alanda ise sağlık merkezlerinde ve küçük hastanelerde hizmet verirler. Aile hekimleri ülkedeki en büyük hekim grubudur ve tüm hekimlerin yarısını oluştururlar.<sup>85</sup> Halkın %90'ı aile

hekimlerinden düzenli olarak sağlık hizmeti almaktadır.<sup>89</sup> Uzman hekime doğrudan erişim tamamen yasak olmasa da aile hekiminin sevk etmediği hastalar katılım payı ödediği için genellikle ilk başvurular aile hekimine olmaktadır.<sup>89</sup>

#### 2.2.5.5. Norveç

Norveç'te zorunlu ulusal sigorta nüfusun neredeyse tamamını kapsamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezleri tarafından verilir. Her il sağlık yönetimi açısından bir ana bölgeyi oluşturmaktadır. İllere bağlı olan kırsal sağlık yönetimleri vardır. Sağlık merkezlerinde yerel yönetimlerle sözleşme imzalamış olan aile hekimleri, hemşire, ebe, diş hekimi gibi personel çalışır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilir. Ücretlendirme hasta başıdır.<sup>85</sup> Aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 1500-2000 civarındadır. Hastaneye başvuru ancak aile hekimlerinin sevki ile mümkündür.<sup>85</sup>

#### 2.2.5.6. İsveç

İsveç'teki sağlık sisteminin en önemli özelliği zorunlu sevk sisteminin uygulanmamasıdır.<sup>90</sup> Ancak birinci basamağa başvurmadan üst basamaklara giden hastalar için farklılaştırılmış katkı payı sistemi uygulanmaktadır. Katkı payı, ülkede sağlık hizmetlerinin her basamağında hastalardan alınmaktadır. Ancak birinci basamağı teşvik amacıyla aile hekimi/genel pratisyene başvuruda alınan katkı payı, diğer basamaklara doğrudan yapılan başvurularda alınan katkı payından daha düşüktür. Aile hekimi sevk yaptığı sürece özel merkezlere gidilse dahi ek ücret ödenmemektedir. Direkt olarak ikinci basamak merkezlerden randevu alındığında, bekleme sürelerinin uzun olması sebebiyle birinci basamak hastalar tarafından daha çok tercih edilmektedir.<sup>69</sup>

#### 2.2.5.7. Hollanda

Acil durumlar dışında ilk olarak aile hekimine başvurma zorunluluğu vardır.<sup>90</sup> Bir aile hekimi ortalama 2000-2500 arası nüfusa bakmaktadır. Hollanda tam anlamıyla kapı tutuculuk uygulaması yapan ülkelerden biridir.<sup>90</sup> Halkın zorunlu kayıt olması gereken kamusal sağlık sigortaları ve tamamlayıcı özel sigortalar ile finansman sağlanmaktadır. Özel sigortaların da aile hekiminden sevk almadan uzman hekimden alınan hizmeti karşılamaması sevk sisteminin yürütmesinde etkilidir.

#### 2.2.5.8. Küba

Genel sağlık sigortası kapsamında ülke genelinde tüm sağlık hizmetleri ücretsiz sunulmaktadır. Yıllar içerisinde hastane ağırlıklı hizmetlerden birinci basamakta sağlık bakımına geçiş olmuştur. Birinci basamakta da koruyucu hizmetlere ağırlık verilmiştir. 1984 yılında “Aile Hekimliği Planı” adlı uygulamaya geçilmiştir. Aile hekimleri ve hemşirelerden oluşan ekipler halinde hizmet vermektedirler. Her ekip ortalama 120 ile 150 ailenin sağlığından sorumludur.<sup>91</sup> Aile hekiminin; koruyucu sağlık hizmetleri, aşılama, sağlığı teşvik, (yaşam tarzı değişiklikleri ) rehabilitasyon olmak üzere dört temel görevi bulunmaktadır.<sup>91</sup>

#### 2.2.5.9. Danimarka

Sigorta sistemi tüm nüfusu kapsamaktadır. Aile hekimine veya onun sevk ettiği uzman hekime herhangi bir ek ücret ödenmez. Nüfusun %3'ü ise farklı bir tip sigortaya sahiptir. Uzman hekimden hizmet almak için aile hekimine başvurularına gerek yoktur. Ancak ek ödemeleri kendileri karşılarlar. Hekimler hizmet başına ücret almaktadırlar. Aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 1600

civarındadır. Aile hekimine yıllık ortalama başvuru sayısı 6'dır. Aile hekimleri mesai saatleri dışı acil sağlık hizmetlerini de nöbetleşe üstlenirler.<sup>84</sup>

#### 2.2.5.10. Çek Cumhuriyeti

Zorunlu sağlık sigortası uygulaması bulunmaktadır. Aile hekimlerinden alınan hizmetlerden ve aile hekimin sevk ettiği uzmandan alınan hizmetlerden ek ücret alınmamaktadır. Sağlık hizmetleri bölge sağlık bürolarınca yürütülmektedir.<sup>84</sup>

#### 2.2.5.11. Bulgaristan

Aile hekimlerine düşen ortalama nüfus 1300'dür. Acil durumlar dışında aile hekimlerine başvurma zorunluluğu vardır. Ancak uzmana sevk hızı %50'den yüksektir. Aile hekimleri hem kayıtlı nüfusa hem de verdikleri hizmet başına olacak şekilde ödeme alırlar. Ayrıca kırsal bölgelerde çalışan hekimlere güç koşullarda çalışmaları sebebiyle ek ödeme yapılmaktadır.<sup>84</sup>

#### 2.2.5.12. Finlandiya

Zorunlu sağlık sigortası uygulaması ile finansman sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti yerel yönetimler tarafından verilmektedir. Birinci basamaktaki sağlık hizmetleri koruyucu hizmetler, sağlıklı yaşamı teşvik programları tedavi ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmaktadır. Hastaneden alınan hizmetler için aile hekimlerinden sevk alınması gerekmektedir.<sup>84</sup>

#### 2.2.5.13. Romanya

Sosyalizmin sona ermesinin ardından Dünya Bankası ve Avrupa Birliği'nden alınan kredilerle sağlık reformu başlatılmıştır. Birinci basamakta çalışan hekimler kendi ofislerinde hizmet vermektedirler. Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilere birinci basamak teşhis ve tedavi hizmeti, bağışıklama,



gebe izlemi gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini de sunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Aile hekimi aşılama hızı, gebe izlemi, bulaşıcı hastalıkların bildirimini, kronik hastalıkların durumu ile ilgili kayıtları hem bölge halk sağlığı idaresine hem de bölge sağlık sigortasına bildirir. Acil durumlar dışında aile hekimine başvuru zorunludur. Aile hekimlerine kişi başına, verilen hizmet başına ve ofis giderleri için ödeme yapılmaktadır.<sup>92</sup>

#### 2.2.5.14. Portekiz

Portekiz’de 1980’lü yılların başlarında ulusal sağlık sistemi kurulmuş ve aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Portekiz’de birinci basamak sağlık hizmetleri ulusal sağlık sistemine bağlı merkezlerde diğer dal uzmanları ile ekip halinde ve bağımsız çalışan aile hekimleri tarafından yürütülmektedir.<sup>91</sup> Aile hekimi başına düşen nüfus 1500 ile 2000 civarındadır. Hastaneye başvurular acil durumlar dışında aile hekiminin sevkiyle mümkün olmaktadır.<sup>91</sup>

### 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

#### 2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Faktörler

Sağlık hizmetleri kullanımı; sağlıklı olma, sürdürme ve sağlık seviyesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak amacıyla birey, aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanmaları demektir.<sup>93</sup> Sağlık ve sağlık hizmetlerine verilen önem toplumdan topluma göre değişmektedir. Bu değişkenler toplumsal değerler ve bu değerlere dayanan devlet politikalarına göre şekillenmektedir. Şekillenen bu politikalarla sağlık sisteminin yapısı, organizasyonu, finansmanı, maddi ve insani kaynakları ve sağlık hizmetleri sunumu bu değişkenlere göre belirlenmektedir.<sup>94</sup> Sağlık hizmetleri kullanımı, hem

arzın hem de talebin bir fonksiyonu olarak da görülebilir. Sağlık hizmetleri sistemiyle temas kurmada etkili olan faktörlerin sosyoekonomik, fiziksel, kültürel ve demografik olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber ilk irtibattan sonra kullanım hekim tarafından belirlenir ve hasta açısından alternatif tedavi maliyetleri, kurumsal bağlantılar, bilgi ve zaman açısından hekime olan maliyet gibi yeni faktörler devreye girer.<sup>95</sup> Sağlık hizmeti kullanımı birbiriyle etkileşimli kompleks faktörler tarafından belirlenen bir çıktıdır.<sup>96</sup>

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen başlıca faktörler:<sup>97</sup>

- 1) Bulunabilirlik: Hizmet kapasitesi ile alıcının ihtiyaçlarının uymasıdır.
- 2) Erişebilirlik: Sağlık hizmetlerinin kullanımını içerir. Eşit erişim için sağlık hizmetlerinin herkesi kapsamaya sağlanmalıdır.
- 3) Uygunluk: Hizmetin sunum şeklinin hizmet alanla uyumudur. Çalışma saatleri, randevu sistemleri gibi konuları içerir.
- 4) Masrafları Karşılabilirlik: Sağlık hizmeti alanların hizmet için talep edilen ücreti ödeme gücüdür. Sağlık sigortaları yoluyla cepten harcamalar azaltılarak çeşitli masrafların sağlık hizmeti kullanımına engel olmasının önüne geçilebilir.
- 5) Kabul Edilebilirlik: Sağlık bakımının kabul edilebilirliğini etkileyen ana etkenler, sosyal ve kültürel özellikler, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki insan ilişkilerinin kalitesidir.

### 2.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Davranış Modeli

Andersen 1968 yılında sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin davranışsal modeli tanımlamış ve bu model sağlık hizmeti kullanımına ilişkin yapılan birçok çalışmanın teorik temelini oluşturarak literatürde sıklıkla kullanılmıştır.<sup>98</sup> Bu modelde sosyoekonomik düzeyden ve ödeme kapasitelerinden bağımsız olarak sağlık bakımının bütün bireylerin temel hakkı olduğu görüşü bulunmaktadır. Geliştirilen bu modele göre sağlık hizmetleri kullanımı esasen eğilim, imkan, ihtiyaç faktörleri olmak üzere üç değişkenle açıklanmaktadır.<sup>98</sup> Bu değişkenler hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve gereksinim faktörleri olarak da geçmektedir. Bu değişkenler incelenirse;

- 1) Hazırlayıcı Faktörler: Kişilerin sağlık hizmeti kullanma eğilimleri olarak adlandırılabilen hazırlayıcı faktörler, kişilerin var olan kişilik özellikleri tarafından belirlenmektedir. Hazırlayıcı faktörler bir kişinin bir hizmete ihtiyaç duymasını ve o hizmeti kullanmasını hazırlayan tüm etmenler, yani bireyin sağlık hizmetleri kullanım eğilimi olarak tanımlanmıştır. Bazı bireylerin diğerlerine göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim belli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel belirleyiciler tarafından belirlenir. Hazırlayıcı faktörler bireyin demografik özellikleri, sosyoekonomik özellikleri sağlık ve sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranış özelliklerini içerir.<sup>99</sup>
- 2) Kolaylaştırıcı Faktörler: Bireyler sağlık hizmeti kullanmaya ne kadar hazırlıklı olsalar da hizmetten yararlanmaları için bazı imkânların mevcut olması gereklidir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına

imkân tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Hazırlayıcı faktörlerin mevcut olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı anlamına gelmemektedir. Hizmetleri alabilme durumu önemlidir ve kişiler sağlık hizmetlerinin sadece elde edebilecekleri kadarını alabilirler. Kaynaklar yeterince varsa, kuyruğa girmeden kullanılabiliriyorsa ve hizmetlerin fiyatı düşükse, bu hizmetler toplum tarafından daha sık kullanılabilir.<sup>99</sup>

- 3) Sağlık İhtiyacı Faktörleri: Andersen'in geliştirdiği modele göre ihtiyaç faktörleri algılanan ve değerlendirilen olarak ikiye ayrılmaktadır. Algılanan ihtiyaç; kişinin kendisi tarafından belirlenen sağlık ihtiyacıdır. Bu ihtiyaç kişilerin duygu, düşünce ve algılamaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Algılanan sağlık ihtiyacı kişilerin kendi sağlık ihtiyaçları hakkındaki görüş ve algılamalarıyla sınırlı olduğundan, kişiler varlığından haberdar olmadıkları herhangi bir sağlık problemini ya da sağlık hizmetini ihtiyaç olarak algılamayabilmektedirler. Bu nedenle algılanan sağlık ihtiyacı bazen subjektif ihtiyaç olarak nitelendirilmektedir. Değerlendirilen ihtiyaç; sağlık uzmanları veya profesyonellerinin kişisel bilgi ve becerilerine göre belirledikleri sağlık ihtiyacıdır. Kişi sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunun farkına vardıldıktan sonra bunu gidermeye yönelik sağlık hizmeti talebinde bulunduğu takdirde talep ettiği hizmetin gerekli olup olmadığına veya hangi tür sağlık hizmeti gerekli olduğuna karar verecek kişi bu noktada hekimdir. Algılanan sağlık ihtiyacına ve değerlendirilen sağlık ihtiyacına bir bütün halinde bakılacak olursa; birey rahatsızlığının belirtileri, yoğunluğu ve

süresine göre bunları kendisi veya ailesinin algılamasıyla sağlığı hakkında endişelenip, sağlık hizmetini talep edecektir. Sağlık hizmeti kullanmak için hastaneye veya benzer kurumlara başvurarak tedavi yollarını araştıracaktır. Başvurduğu hekim kişinin durumunu inceleyerek değerlendirip, teşhis ederek gerekli tedaviyi uygulayacaktır. İşte bu süreç kişinin sağlık ihtiyacını algılamasıyla başlayıp sağlık hizmeti talep ve kullanmasıyla sonuçlanmaktadır.<sup>99</sup>

### 2.3.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeyi

Türkiye’de kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 2002 yılında 3,1 iken 2015 yılında 8,4 olmuştur.<sup>26</sup> Bu başvurular içerisinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının sıklığının ise yıllar içerisinde değişmediği görülmektedir.<sup>26</sup> Tüm başvuruların yalnızca üçte birinin birinci basamağa yapıldığı görülmektedir.<sup>26</sup> Kişi başına yıllık hekime başvuru sayısının diğer ülkelerle kıyaslamasına bakıldığında Türkiye 8,4 ile ortalamanın üzerinde gözükmektedir. Kore yıllık 14,9 ile en çok başvurunun yapıldığı ülkeyken Meksika 2,6 ile en az başvurunun yapıldığı ülke olmuştur.<sup>26</sup> OECD ülkelerinin ortalaması ise 6,8 olmuştur.<sup>26</sup> Ancak bu istatistiklerin tutulmasında ülkeden ülkeye farklılıklar görülebilmektedir. Bu yüzden karşılaştırma yapılırken buna da dikkat edilmesi gerekmektedir.<sup>100</sup> Türkiye’de 1992 yılında yapılan Sağlık Hizmetleri Kullanımı Araştırmasının sonuçlarına göre:<sup>101</sup>

- 1) Hane halkı arttıkça hanedeki kişi başı doktora başvuru sayısı azalmaktadır, yani az çocuklu çekirdek ailede başvuru en fazla olmaktadır.
- 2) Sağlık hizmetlerinin kullanımı kentlerde kırsala göre daha fazladır.
- 3) Eğitim düzeyi arttıkça hekime müracaat sayısı artmaktadır.

- 4) Kronik hastalığa sahip kimseler diğerlerine göre hekime 3,5 kat daha fazla başvurmaktadır.
- 5) Sosyal güvencesi olanlar diğer faktörlerden bağımsız olarak hekime daha fazla başvurmaktadır.

1992 yılında yapılan bu araştırmanın ortaya koyduğu veriler Türkiye’de son yıllarda hekime başvuru sayısının artışının sebeplerini de açıklamaktadır. Gittikçe ailelerdeki çocuk sayısı azalmakta, kentleşme artmakta, eğitim düzeyi artmakta, nüfusun yaşlanması sebebiyle kronik hastalığa sahip olanların oranı artmakta ve son yıllarda yapılan düzenlemelerle nüfusun tamamına yakını sosyal güvence kapsamına alınmaktadır. Hekime müracaatı arttıran nedenleri; toplumun algı ve anlayış değişikliği, sağlık hizmeti anlayış ve yönteminde değişme, yaşlanma ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinde piyasa etkisi, sosyal güvenlik sisteminin etkisi, iletişim kanallarının yaygınlığı ve uygulanan popülist politikalar ile sağlık hizmetinin önemli özelliklerinden birisi olan arzın talep oluşturması şeklinde sayabiliriz.<sup>100</sup>

- a) Algı ve Anlayış Değişikliği: Kültürel yapı, bilgi düzeyi ve anlayış değişmekte ve insanlar eskiden önemsemedikleri rahatsızlıklarını şimdi konu edinmekte ve hastalık şüphesi ile arayışa geçmektedir. Kentleşme, toplu ulaşım, randevu sistemleri, hizmet arzının artmış olması gibi gelişmeler hastaların başvurusunu daha hızlı ve kolay yapmalarına yol açmış ve şiddeti daha düşük şikayetler başvuru nedeni haline gelmiştir. Toplumda refah düzeyinin artması, daha basit durumları sağlık sorunu

konusu eden ve sađlık hizmeti talep etme eřiđi daha dűřuk olan bir toplum oluřturmaktadır.<sup>100</sup>

- b) Sađlık Hizmeti Anlayıř ve Yöntemlerinde Deđiřme: Hasta odaklı hizmet anlayıřı, hastanın karar sűreçlerine katılımı başvuru durumunu etkilemiřtir. Tanı araçlarının artması sebebiyle bazen hastaların tekrar tekrar farklı tanı yöntemlerini kullandıđı görűlmektedir. Testler arası sűrelerin artması da műkerrer başvuruları artırmıřtır. Hastalıklardan korunma, erken teřhis gibi hususlarda toplumsal uyarılar ve kampanyalar hasta olmadan veya řűphe üzerine başvuruyu artırmaktadır. Gebelerin ve bebeklerin dűzenli doktor kontrolű teřvik edilmektedir. Acil poliklinik ve servislerimiz doktora mesai sonrasında kolay ve hızlı eriřim alanları olarak görűlmekte bu yűzden geređinden fazla kullanılmaktadır.<sup>100</sup>
- c) Yařlanma ve Kronik Hastalıklar: Yaşlı nűfus oranı gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar nedeniyle doktora başvuru ihtiyacı hızla yükselmektedir. műr boyu ilaç kullanımı periyodik olarak ilaç reçete edilmesini yani hekime başvuruyu zorunlu kılmaktadır.<sup>100</sup>
- d) Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Etkisi: Sağlık hizmet sektörű karlılığa odaklı bir anlayışa evrilmekte ve bu anlayış hasta talebi üretmektedir. Sağlık çalışanlarına getirilen performans sistemi de onları daha çok hasta görmeye sevk etmektedir.<sup>100</sup>
- e) Sosyal Gűvenlik Politikalarının Etkisi: Geliřen sosyal gűvenlik sistemi sađlık hizmetini ekonomik anlamda eriřilemez olmaktan çıkarmıř ve hemen herkesin bu hizmete eriřiminin nűndeki en temel engeli kaldırmıřtır.

Erişimin kolaylaşması nedeniyle hastaların alternatif görüş arayışıyla aynı hastalıktan dolayı birçok doktora başvurduğu da olmaktadır.<sup>100</sup>

- f) İletişim Kanallarının Yaygınlığı: Artan iletişim kanalları sağlıkla ilgili doğru olmayan abartılı bilgilerin yaygınlaşmasını da sağlamaktadır; oluşan bilgi kirliliği sahte hastalıklar ve tedavileri gündeme getirmekte ve bunun için doktora başvuruyu teşvik etmektedir.
- g) Kentleşme ve Modern Hayat: Artan teknolojinin, üretilen toksik kimyasal, radyoaktif ve elektromanyetik ajanların, hava kirliliğinin, sanayinin, hızlı ulaşımın taşıdığı hastalıkların yaygınlığının, yoğun iş hayatının doğurduğu stresin, trafik ve iş kazalarının, şiddet uygulamalarının ve daha birçok etkenin sağlık hizmetine olan ihtiyacı artırdığı söylenebilir.<sup>100</sup>
- h) Popülist Politikalar: Politikacıların gereksiz başvuruları engelleyecek tedbirlere yanaşmaması, popülist söylemleri erişimi artırıcı etki yapmaktadır.<sup>100</sup>
- i) Arzın Talep Oluşturması: Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği arzın bizzat kendisinin talep oluşturmasıdır. Hizmet sunumuna yönelik imkan, tercih ve rehberliklerin artması hizmete olan talebi de arttırmaktadır. Hizmeti sunan ve alan arasındaki bilgi eşitsizliği sağlık hizmetinin önemli bir açmazıdır. Dolayısıyla arzın talebi yönetme gücü ortaya çıkmakta ve hizmete olan başvuruyu artırıcı etkiye neden olmaktadır.<sup>100</sup>

TÜİK'in 2012 yılında yaptığı Sağlık Araştırması'na göre 15 yaş üzeri nüfusun yaklaşık %15'i aile hekimi veya pratisyen hekimden hiç hizmet almadığını, yaklaşık %25'i ise son bir yıl içinde aile hekimi veya pratisyen



hekimden hiç hizmet almadığını belirtmiştir.<sup>27</sup> Yine TÜİK'in 2012 yılında yaptığı araştırmaya göre hastalık halinde ilk başvuru sağlık kuruluşu %24.6 ile Aile Sağlığı Merkez'idir. En çok başvuru kuruluş ise %69 ile devlet hastaneleridir.<sup>28,29</sup>

## **2.4. Sağlık Hizmetlerinde Beklenti Ve Memnuniyet**

### **2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Beklentiyi Etkileyen Faktörler**

Hastanın özellikleri, hizmet verenlerin özellikleri, kurumsal özellikler ve çevresel özellikler sağlık hizmetlerinde beklentiyi etkileyen faktörlerdir. Hastanın; cinsiyeti, yaşı, eğitimi, sağlık kurumundan hangi kapsamda hizmet aldığı gibi yani demografik bilgilerine göre, bireylerin değişen değer yargılarına göre ya da bireylerin daha önceki deneyimlerine göre, kısacası hastaların kendi sağlık algısına göre, beklentiler değişmektedir.<sup>102</sup> Sağlık çalışanlarının özelliklerinde; kendilerinin kişilik özellikleri ile hastaya karşı davranışları, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, hastaya olan ilgi ve anlayışları, hastaları hasta olarak değil de bir birey olarak değerlendirmeleri, kolay ulaşılabilir olmaları sayılabilir. Çevresel faktörler diye adlandırılan sağlık hizmeti sunulan yerin; ulaşılabilirliği, fiziksel ortamı beklentileri etkilemektedir. Kurumsal özellikler anlamında çalışma saatleri, ücretlendirme gibi özellikler de beklentileri etkilemektedir.<sup>102</sup>

### **2.4.2. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet**

Hasta memnuniyeti, hasta beklentilerinin karşılanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Hasta memnuniyeti önemlidir çünkü hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin çıktısı, yapısı ve süreci hakkında bilgi edinmemizi sağlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde memnuniyeti etkileyen en önemli iki faktör olarak

ulaşılabilirlik ve etkililik gösterilmektedir.<sup>103</sup> Ulaşılabilirlik kişinin sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu anda hizmete erişiminin bir lus olarak tanımlanabilir. Bunun için de daimi bir fiziki mekan olması önemlidir. Kırsal kesimde verilen sağlık hizmetlerinin en önemli sorunlarından biri budur. Gezici sağlık hizmetleriyle bu durum telafi edilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine göre 2015 yılında birinci basamağa yapılan başvuru sayısı 214.564.156'dır.<sup>26</sup> Bu sayı 2002 yılında yapılan başvurunun yaklaşık 3 katıdır. Kişi başi hekime başvuru sayısının uluslararası kıyaslamasına bakıldığında da Türkiye'nin OECD ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.<sup>26</sup> Günümüzde Türkiye'de sağlıkta ulaşılabilirlik anlamında sorunların geri planda kaldığı söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin etkililiğinde klinik bakım ve kişiler arası iletişimin önemli olduğu vurgulanmaktadır.<sup>103</sup> Birinci basamaktaki bakımın etkililiği sayesinde sorunlar büyük oranda birinci basamakta çözülecek ve hasta memnuniyeti sağlanmış olacaktır. Böylece hasta doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurma ihtiyaı hissetmeyecektir.

Bununla birlikte genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyeti sağlayan durumlar; hastanın sağlık kuruluşuna geldikten sonra hekimle görüşmeyi bekleme süresi, sağlık kuruluşunda beklenen yerin fiziksel özellikleri, muayene süresinin **yeterli** olması, -kişisel beklentilerle oldukça değişkenlik gösterebilir- hastanın veya hasta yakınının halletmesi gereken evrak işlerinin fazla olmaması, sağlık hizmet sunumunda kullanılan araç ve gerecin teknolojik açıdan yeterli olması, gerektiğinde hastanın takiplerinin başvurulan sağlık kuruluşu tarafından yapılabilmesi, hastanın

herhangi bir sağlık sigortası var ise o hizmet için cepten harcama yapmaması veya harcamanın makul ölçüde olması olarak sayılabilir.

#### 2.4.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu

TÜİK’in 2015 yılında yaptığı yaşam memnuniyeti araştırmasına göre sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun olanların yüzdesi %72,3’tür. Bu sonuç 2010 yılından beri her yıl yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında son beş yıl içerisinde önemli bir değişikliğin olmadığı görülmektedir. Ancak 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnun olanların yüzdesi %39,5’larda kalmıştır.<sup>104</sup> Geçmişe göre ciddi bir artış söz konusudur.

Denizli’de 2010 yılında aile hekimine başvuranlarda yapılan bir memnuniyet çalışmasında aile hekimliği hizmetlerini iyi veya çok iyi olarak niteleyenlerin toplam yüzdesi %79,5 olarak bulunmuştur.<sup>17</sup> 2013 yılında Kayseri il merkezinde yapılan bir çalışmada aile hekimliği hizmetlerini iyi veya çok iyi olarak niteleyenlerin toplam yüzdesi %80,7 olarak bulunmuştur.<sup>105</sup> Edirne il merkezinde 2014 yılında bazı ASM’lere başvuranlarda yapılan memnuniyet araştırmasına göre aile hekimliği hizmetlerini iyi veya çok iyi olarak niteleyenlerin toplam yüzdesi %96,7’dir.<sup>106</sup> Ayrıca literatürde yapılan birçok çalışmada çeşitli ölçekler kullanılarak sağlık hizmetlerinde memnuniyete etki eden sosyodemografik özellikler belirlenmeye çalışılmıştır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Kapsamı ve Ulaşım Yüzdesi**

Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Genel Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Pediatri ve Sağlam Çocuk polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişiler ve 18 yaş altındaki çocukların ebeveynlerinin katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmanın sadece bu dört poliklinikte yapılma sebebi bu polikliniklerin ana branşlar olarak geçmesi ve bu polikliniklere başvuran hastaların birinci basamakta takip edilmesi gereken kişileri daha çok temsil etme özelliğine sahip olmasıdır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte bir hafta içerisinde polikliniklere başvuran toplam kişi sayısı 1519 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Ulaşılan toplam kişi sayısı 1302 olup katılımcıların %85,7'sine ulaşılmıştır.

Tablo 1’de araştırmanın yapıldığı polikliniklere başvuran kişi sayıları ve ulaşım yüzdeleri verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırmanın Yapıldığı Polikliniklere Başvuran Kişi Sayıları ve Ulaşım Yüzdesi, Ankara, 2016.**

<b>Poliklinikler</b>	<b>Başvuran Kişi Sayısı</b>	<b>Ulaşılan Kişi Sayısı</b>	<b>Ulaşım Yüzdesi (%)</b>
Genel Dahiliye	457	390	85,3
Kadın Hastalıkları ve Doğum	523	460	87,9
Genel Pediyatri	353	301	85,2
Sosyal Pediyatri	186	151	81,1
<b>Toplam</b>	<b>1519</b>	<b>1302</b>	<b>85,7</b>

\*Sütun yüzdesi

### **3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı**

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi bünyesinde yaklaşık; 413 öğretim üyesi, 14 öğretim görevlisi, 23 uzman, 575 araştırma görevlisi, 764 hemşire ve 1150 idari personel görev yapmaktadır. 1028 yatak kapasitesine sahip olan hastanede, 2016 yılında; yaklaşık 1 milyon üzerinde hastaya ayaktan, 65.000 hastaya yatarak tedavi hizmeti verilmiştir.<sup>107</sup>

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmıştır. Hastaneye Türkiye’nin her yerinden sevksiz olsa dahi yapılan başvurular kabul edilmektedir. Hastaneye Yeşil Kartlı - 2022’li ve Köy Korucusu olan kimseler, SGK’lılar, ücretli

hastalar, Türkiye’de okuyan yabancı uyruklu öğrenciler, yurt dışında yaşayan/çalışan T.C vatandaşları doğrudan başvurabilmektedir.<sup>108</sup>

Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamındaki yabancıların, yönetmeliğin 24. maddesi uyarınca kalmalarına izin verilen illerde sağlık hizmeti almaları esastır. Geçici Koruma Yönetmeliği kapsamındaki yabancılar buldukları ildeki Devlet Hastanelerine doğrudan başvuru yapabilirler. Başvuru yapılan Devlet Hastanesi aynı ildeki Üniversite Hastanesine sevk yapabilir. Bunun haricinde yapılan başvurular kabul edilmemektedir.<sup>108</sup>

Hastanenin sınırında yer aldığı iki ilçe olan Yenimahalle ve Çankaya Ankara’nın ilçeleri içerisinde 15 yaş üstü nüfusta lise ve üstü öğrenim görmüş kişi yüzdesinin en çok olduğu iki ilçedir. Çankaya’nın %62 ve Yenimahalle’nin %53’tür.<sup>109</sup> Hastanenin bu ilçelerde yaşayan kişiler tarafından da sıklıkla ilk başvuru yeri olarak kullanıldığı düşünülmektedir.

### **3.3. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır.

### **3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri**

- Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Gitme Durumu
- Son Bir Yılda Aile Hekimine Gitme Durumu
- Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu

- Mevcut Sağlık Şikayetiyle İlgili İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu
- Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu

### 3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Aylık toplam hane halkı geliri
- Çalışma durumu
- Hanede yaşayan kişi sayısı
- Başvurulan poliklinik
- Kronik hastalığı olma durumu
- Katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu
- Aile hekimliği Merkezinin oturulan eve mesafesi
- Aile hekiminden mesai dışı hizmet almayı isteme durumu
- Mevcut şikâyetiyle ilgili ilk olarak aile hekimine başvurma durumu
- Son bir yılda aile hekimine gitme durumu

- Sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu
- Aile hekiminin görevleri olarak belirtilenler
- Hastaneye gitmeden ilk olarak aile hekimine başvurma sebepleri
- Aile hekimine gitmeden direkt hastaneye başvurma sebepleri

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereç**

Araştırmada veri kaynağı olarak “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum Ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelenmesi” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır. Anket 4 bölüm ve 39 sorudan oluşmaktadır. Kullanılan anket formu ektedir. (Ek-1)

Ankette sorulara başlamadan önce anketin yapıldığı poliklinik işaretlenmiştir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne başvuranlar “Gebe Takibi” ve “Genel Poliklinik” olarak ayrı ayrı belirlenmiştir.

Anketin ilk bölümü incelenenlerin tanımlayıcı özelliklerinden oluşmaktadır. Aylık toplam hane geliri sınıflaması çalışmanın yapıldığı tarihte geçerli olan net asgari ücret üzerinden (1300 TL) yapılmıştır.

Anketin ikinci bölümünde aile hekimliği sistemi hakkında bilgi soruları yer almaktadır. Katılımcılardan aile hekimlerinin görevlerini saymaları istenirken seçenekler katılımcıya okunmamıştır. Katılımcıların aile hekimine başvurmadan doğrudan ikinci ve üçüncü basamağa başvurmaları halinde ek katkı payı ödendiğini



bilme durumları sorulmuş ve bilmediğini belirtenlere bu konuda bilgilendirme yapılmıştır.

Anketin üçüncü bölümünde sağlık hizmeti alma konusundaki genel tutum incelenmiştir. Burada yeni gelişen sağlık şikayetlerinde, gebe ve çocuk takiplerinde kullandıkları sağlık kuruluşları tek yanıt olarak istenmiştir. Kayıtlı oldukları aile hekimiyle görüşme durumları ve son bir yıl içinde aile hekimine başvuru durumları sorulmuştur. Ayrıca genel olarak hastaneye gitmeden aile hekimine başvurmalarına en çok neyin sebep olduğu ve aile hekimine gitmeden hastaneye başvurmalarına en çok neyin sebep olduğu katılımcılara seçenek okunmadan sorulmuştur.

Anketin dördüncü bölümünde anketin yapıldığı gün üniversite hastanesine olunan muayene ile ilgili sorular sorulmuştur. Buna göre kişilerin bu başvurudan önce aynı şikayetle ilgili aile hekimine veya başka bir hastaneye başvurma durumları öğrenilmiştir. Daha sonra direkt olarak üçüncü basamağa başvuran hastalara hangi nedenlerle önce aile hekimine başvurmadıkları sorulmuştur.

Anketin beşinci bölümünde katılımcıların aile hekimliği ve sağlık sistemi hakkında düşünce ve önerileri öğrenilmiştir. Bu sorular içerisinde akşam saatlerinde aile sağlığı merkezlerinin açık olması durumunda hizmet almayı tercih edip etmeyecekleri, kendi aile hekimlerini başkasına tavsiye edip etmeyecekleri, aile hekimliği sisteminin şu anki halinden memnuniyet durumları ve memnun olma veya olmama nedenleri sorulmuştur. Aile hekimliği sistemine sevk uygulamasının gelmesini isteme durumları ve istemeyen kişilerin niçin istemedikleri sorulmuştur. Son olarak ise açık uçlu olarak sistemle ilgili görüş ve önerileri sorulmuştur. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ekte sunulmuştur. (Ek-2)

### **3.6. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli**

Araştırmanın Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin polikliniklerinde yapılabilmesi için T.C Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan ve T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma Ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliğinden izin belgeleri alınmış olup izin belgeleri ekte sunulmuştur. (Ek-3 ve Ek-4)

Araştırma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde öğrenim gören 21-25 Kasım 2016 tarihleri arasında Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda staj yapan toplam 42 intörn doktor ve araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Araştırma başlamadan önce standardizasyonu sağlamak amacıyla, veri toplama aşamasında görev alacak intörn doktorlara araştırma, anket formu ve uygulamasıyla ilgili olarak eğitim verilmiştir. Anketler 21-25 Kasım 2016 tarihleri arasında ve yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Bir anketin uygulama süresi ortalama 10 dakikadır.

### **3.7. Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi**

Araştırma verisi SPSS 15.0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Ortalamalar ortalama±standart sapma Şeklinde sunulmuştur. İstatistiksel yöntem olarak Pearson ve Yates Düzeltilmeli Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir. Beş bağımlı değişkenden üçü için yapılan tek yönlü analizlerden elde edilen sonuçlara göre her değişken için lojistik regresyon modelleri oluşturulmuştur. Modeller bulgular bölümünde tablo sunumundan önce açıklanmıştır.

Mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumunun sorgulandığı değişken analize alınırken “fikrim yok” yanıtını verenler analize dahil edilmemiştir.

Mevcut şikayetiyle ilgili ilk başvuru yerinin değerlendirildiği değerken analize alınırken “ilk olarak aile hekimine gidenler” ve “ilk olarak aile hekimine gitmeyenler” olarak kategorize edilmiştir.

Acil olmayan ve yeni gelişen bir sağlık şikayetiyle ilgili kişilerin ilk başvuru yerlerinin sorgulandığı değerken analize alınırken “aile hekimi” ve “diğer yerlere olan başvurular” şeklinde kategorize edilmiştir.

Üç bağımlı değerken için lojistik regresyon analizi yapılırken öncelikle tek yönlü analizlerde elde edilen sonuçlara göre p değeri 0.25’ten küçük olan değerkenler listelenmiştir. Daha sonra bu değerkenlerin birbiriyle korelasyonuna bakılmıştır. Birbiriyle korelasyon gösteren değerkenlerden literatürdeki diğer çalışmalarda anlamlılık gösteren değerkenler de dikkate alınarak yalnızca biri seçilmiştir. Aile hekimine ve hastaneye başvuru sebepleri analize alınırken yanıtların söylenme yüzdeleri dikkate alınarak en çok söylenen iki değerkenin anlamlılığına bakılmıştır. Bu elemelerden sonra kalan değerkenler Backward LR Conditional yöntemiyle analize alınmış ve çıkan son tablo sunulmuştur. Bulgular bölümünde her tablodan önce modele alınan değerkenler açıklanmıştır. Son tablodan önce modelden elenen değerkenler tablo altında açıklanmıştır.

Lojistik regresyon analizi için; hane geliri değerkeni analize alınırken 2600 TL ve altında geliri olanlar ve 2601 TL ve üzerinde geliri olanlar şeklinde sınıflandırılmıştır. ASM’nin eve uzaklığı değerkeni analize alınırken ASM’nin

yerini bilmeyenler analize alınmamıştır. ASM'si evine yürüme mesafesinde olanlar ve olmayanlar şeklinde sınıflandırılmıştır.

### **3.8. Araştırma Takvimi**

Araştırma 2016 Eylül ayında literatür taramasıyla başlamıştır. 2016 Eylül ve Ekim aylarında literatür taraması, 2016 Kasım ayında araştırma formunun oluşturulması ve verilerin toplanması gerçekleştirilmiştir. 2016 Aralık ayında toplanan verilerin kontrolü yapılmıştır. 2017 Ocak ve Şubat aylarında veri girişi yapılmıştır. 2017 Mart-Ağustos döneminde ise veri analizi ve raporlanması süreci tamamlanmıştır.

### **3.9. Araştırmada Kullanılan Terimler**

**Sosyal Pediatri:** Araştırmanın yapıldığı hastanede 0-5 yaş arası çocukların gelişimsel takibinin yapıldığı polikliniğin ismidir. Benzer anlamda kullanılan bir diğer adlandırma sağlam çocuk takibidir.

**Kendi İşinin Sahibi:** Bir işyeri sahibi -aynı zamanda işveren de olabilen- ve işyerinde kendisi de aktif olarak çalışan kişiler için kullanılmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Kısıtlılık ve Güçlükleri**

- Araştırma sadece üniversite hastanesi polikliniklerine başvuranlar üzerinde yapılmıştır. Bu durum çalışmanın amacıyla örtüşse de biasa neden olabilir.
- Araştırmaya katılan kişilerin bir kısmı anket uygulamasını yarıda bırakmıştır. Bu anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya 1302 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $36,7 \pm 13,1$ 'dir.

Tablo 2'de araştırmaya katılanların başvurdukları polikliniklerin dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 2. Araştırmanın Katılanların Başvurdukları Polikliniklerin Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Araştırmanın Yapıldığı Poliklinikler (n=1302)</b>		
Genel Dahiliye	390	30,0
Genel Pediatri	301	23,1
Kadın Doğum Genel Poliklinik	261	20,0
Kadın Doğum Gebelik Takibi	199	15,3
Sosyal Pediatri	151	11,6

\*Sütun yüzdesi

Katılımcıların %30,0'ı genel dahiliye polikliniğine, %23,1'i genel pediatri polikliniğine, %20,0'ı kadın hastalık ve doğum polikliniğine, %15,3'ü kadın hastalıkları ve doğum gebelik takibi polikliniğine, %11,6'sı ise sosyal pediatri polikliniğine başvurmuştur.

Tablo 3a'da araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 3a. Araştırmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Sayı	(%)*
<b>Yaş Grupları (n=1302)</b>			
	18-29 arası	445	34,2
	30-39 arası	448	34,4
	40-49 arası	172	13,2
	50-64 arası	175	13,4
	65 yaş ve üstü	62	4,8
<b>Cinsiyet (n=1302)</b>			
	Erkek	355	27,3
	Kadın	947	72,7
<b>Medeni Durum (n=1302)</b>			
	Evli	1032	79,3
	Bekâr	270	20,7
<b>Öğrenim Durumu (n=1302)</b>			
	Okuma Yazması Yok	26	2,0
	Sadece Okuma Yazması Var	23	1,8
	İlkokul Mezunu	141	10,7
	Ortaokul Mezunu	161	12,4
	Lise Mezunu	437	33,6
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	514	39,5
<b>Çalışma Durumu (n=1302)</b>			
	Çalışan	467	35,9
	Ev Hanımı	418	32,1
	Kendi İşinin Sahibi	147	11,3
	İşsiz/İş Arıyor	97	7,5
	Öğrenci	93	7,1
	Emekli	80	6,1
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1302)</b>			
	Bir	40	3,1
	İki	207	15,9
	Üç	351	27,0
	Dört	324	24,9
	Beş ve Üzeri	235	18,0
	Belirtmeyen	145	11,1
<b>Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=1302)</b>			
	1300 TL Ya Da Daha Az	89	6,8
	1301 TL-2600 TL Arası	303	23,3
	2601 TL-3900 TL Arası	395	30,3
	3901 TL-5200 TL Arası	272	20,9
	5201 TL Ve Üstü	243	18,7

\*Sütun yüzdesi

Katılımcıların %34,2'si 18-29 yaş aralığında, %34,4'ü 30-39 yaş aralığındadır. Yaş ortalaması 36,7±13,1'dir. Katılımcıların %72,7'si kadın, %79,3'ü evli, %33,6'sı lise mezunu, %39,5'i yüksekokul/üniversite mezunudur. Katılımcıların %35,9'u çalışan, %32,1'i ev hanımıdır. Katılımcıların %51,9'unun hanesinde yaşayan kişi sayısı üç veya dördür. Katılımcıların %30,3'ü 2601-3900 TL arası, %23,3'ü 1301-2600 TL arası aylık hane gelirine sahiptir. Genel Dahiliye polikliniğine başvuranların %50,3'ü erkek, Genel Pediatri polikliniğine başvuranların %40,2'si erkek, Sosyal Pediatri polikliniğine başvuranların %18,5'i erkektir.

Tablo 3b'de araştırmaya katılanların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 3b. Araştırmaya Katılanların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Kronik Hastalık Olma Durumu(n=1302)</b>		
Kronik Hastalığı Yok	907	69,7
Kronik Hastalığı Var	395	30,3
<b>Kronik Hastalık Türü (n=395)</b>		
Kalp-Damar Hastalıkları	122	30,7
Diyabet	142	35,8
Diğer Hastalıklar#	131	33,5
<b>İlaç Kullanma Durumu(n=1302)</b>		
Kullanmıyor	917	70,4
Kullanıyor	385	29,6

\*Sütun yüzdesi #: Astım, Tiroid hastalıkları, Migren, Anemi, Talasemi, Epilepsi

Katılımcıların %30,3'ünün kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olanların %35,8'i diyabetes mellitusu, %30,7'sinin kalp-damar hastalıkları vardır. Tüm katılımcıların %29,6'sı düzenli olarak ilaç kullandığını belirtmiştir.

Tablo 4a'da araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemi hakkında bilgi durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 4a. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Aile Hekimliği Sistemine Geçildiğini Bilme Durumu (n=1302)</b>		
Bilmiyor	60	4,6
Biliyor	1242	95,4
<b>Aile Hekimliği Sistemine Geçildiğini Nereden Öğrendiği (n=1242)</b>		
Televizyon/Gazete/Dergi	511	41,2
Aile Ve Arkadaş Çevresi	308	24,8
Sağlık Ocağına Başvuru Sırasında	199	16,0
İnternet	147	11,8
Aile Hekimi Tarafından Aranma	44	3,5
Sağlık Personelinin Eve Gelerek Bilgilendirmesi	22	1,8
Hastaneden	11	0,9
<b>Aile Hekiminin Görevlerinin Bilinme Durumu (n=1242) #</b>		
Hastalıkların Teşhis Ve Tedavisini Yapma	955	76,9
Sevk Evrakı, Sağlık Raporu, Reçete Düzenleme	848	68,3
Gebe Ve Çocukların Takibini Yapma	442	35,6
Kişilerin Periyodik Muayenesini Yapma	238	19,2
Koruyucu Sağlık Hizmeti Verme	233	18,8
Sağlık Danışmanlığı Hizmeti Verme	217	17,5
Evde Sağlık Hizmeti/Gezici Sağlık Hizmeti Verme	176	14,2
<b>Aile Hekimine Kayıtlı Olup Olmadığını Bilme Durumu (n=1302)</b>		
Bilmiyor	171	13,1
Biliyor	1131	86,9
<b>Ailenin Tüm Fertlerinin Aynı Hekime Kayıtlı Olma Durumu (n=1131)</b>		
Kayıtlı Değil	66	5,8
Kayıtlı	1065	94,2
<b>Aile Hekimini Taşınma Olmaksızın Değiştirme Durumu (n=1131)</b>		
Değiştirmemiş	966	85,4
Değiştirmiş	165	14,6
<b>Aile Hekimini Taşınma Olmaksızın Değiştirme Nedeni (n=165)</b>		
Eve Yakınlığı Nedeniyle	63	38,2
Davranışlarından Memnun Olunmaması	37	22,4
Hekimin Görevini Bırakması Nedeniyle Kişinin Başka Bir Hekime Devrolunması	33	20,0
Hekimlik Bilgi Ve Becerisinden Memnun Olunmaması	26	15,8
İstediği Reçete/Rapor/Tahlil İşlemlerinin Yapılmaması	6	3,6

\*: Sütun yüzdesi #: Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.



Katılımcıların %95,4'ü Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçildiğini bilmektedir. Sisteme geçildiğini en çok %41,1 ile tv/gazete/dergi'den öğrenmişlerdir. Aile hekiminin en çok bilinen görevleri %76,9 ile hastalıkların teşhis ve tedavisini yapma, %68,3 ile sevk evrakı, sağlık raporu ve reçete düzenlemesidir. Katılımcıların %86,9'u kayıtlı olduğu aile hekimini bilmektedir. Aile hekimi tanıyanların %94,2'sinde ailenin tüm fertleri aynı aile hekimine kayıtlı, %14,6'sı ise taşınma durumu olmaksızın herhangi bir zamanda aile hekimini değiştirmiştir. Aile hekimini değiştirenlerin en sık söylediği sebep ise %38,2 ile evine yakınlığı açısından başka bir ASM'ye kayıt olmak istemesidir.

Tablo 4b'de araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemi hakkında bilgi durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 4b. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu (n=1302)</b>		
Bilmiyor	538	41,3
Biliyor	764	58,7
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Öğrenmenin İlk Başvuruyu Aile Hekimine Yönelmesi Durumu (n=538)</b>		
Yönelmemiş	215	40,0
Yönelmiş	323	60,0
<b>Aile Hekiminin Çalıştığı Merkezin Kişinin Evine Olan Uzaklığı (n=1302)</b>		
Yürüyerek 1-9 Dakika Mesafede	450	34,6
Yürüyerek 10-30 Dakika Mesafede	471	36,2
Araçla Gidilecek Mesafede	192	14,7
Başka Bir İlçede/İlde	18	1,4
Bağlı Olduğu ASM'yi Bilmiyor	171	13,1

\*: Sütun yüzdesi

Katılımcıların %58,7'i aile hekimine başvurduğunda katkı payı ödemediğini bilmektedir. Katkı payı ödemediğini bilmeyenlerden %60,0'ı bu durumun bundan sonra kendisini ilk olarak aile hekimine başvurmaya yönelteceğini belirtmiştir. Katılımcıların evlerinin kayıtlı oldukları ASM'ye uzaklıkları %36,2 ile yürüyerek 10-30 dakikalık mesafede, %34,6 ile yürüyerek 1-9 dakikalık mesafededir.

Tablo 5a'da araştırmaya katılanların sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 5a. Araştırmaya Katılanların Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Acil Olmayan ve Yeni Gelişen Sağlık Şikâyetlerde İlk Başvurulan Yer (n=1302)</b>		
Devlet Hastanesi	439	33,7
Aile Sağlığı Merkezi	432	33,3
Üniversite Hastanesi	244	18,7
Özel Hastane/Tıp Merkezi	102	7,8
Acil Servis	63	4,8
Özel Muayenehane	22	1,7
<b>Gebelik Durumunda Takiplerin Yapıldığı Yer (n=997)</b>		
Devlet Hastanesi	330	33,1
Üniversite Hastanesi	313	31,4
Aile Sağlığı Merkezi	142	14,2
Özel Hastane/Tıp Merkezi	137	13,7
Özel Muayenehane	43	4,3
Takibe Gitmiyor	32	3,3
<b>Ebeveynlerin 0-5 Yaş Arası Çocuklarının Rutin Takibi ve Aşları İçin Başvurdukları Yer (n=743)</b>		
Aile Sağlığı Merkezi	423	56,9
Devlet Hastanesi Polikliniği	124	16,7
Üniversite Hastanesi Polikliniği	123	16,6
Özel Hastane	53	7,1
Takibe Götürmüyor	12	1,6
Özel Muayenehane	8	1,1

\*Sütun yüzdesi

Katılımcıların yeni gelişen sağlık şikayetlerinde başvurdukları merkezler sırasıyla en çok %33,7 ile devlet hastanesi, %33,3 ile ASM olmuştur. Gebelik durumunda takipleri için gittikleri merkezler sırasıyla en çok %33,1 ile devlet hastanesi, %31,4 ile üniversite hastanesi olmuştur. Ebeveynlerin çocukların rutin takibi ve aşıları için gittikleri yerler sırasıyla en çok %56,9 ile aile sağlığı merkezi, %16,7 ile devlet hastanesi olmuştur.



Tablo 5b’de araştırmaya katılanların sağlık hizmeti alma konusundaki tutumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 5b. Araştırmaya Katılanların Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Kayıtlı Olunan Aile Hekimi İle Herhangi Bir Zamanda Görüşme Durumu (n=1302)</b>		
Görüşmemiş	253	19,4
Görüşmüş	1049	80,6
<b>Son Bir Yıl İçinde Aile Hekimine Gitme Durumu (n=1302)</b>		
Gitmemiş	484	37,2
Gitmiş	818	62,8
<b>Son Bir Yıl İçinde Aile Hekimine Gidenlerin Aile Hekimlerine Gitme Sebepleri (n=818) #</b>		
Bir Sağlık Sorununa Binaen İlk Başvurulan Hekim	363	44,4
İlaçlarını Yeniletmek Amaçlı	239	29,2
Çocuklarını Rutin Kontrolü/Aşıları İçin	222	27,1
Genel Bir Sağlık Kontrolü İçin	102	12,5
Gebelik Öncesi Danışma/Gebelik Sırasında Rutin Takip Nedeniyle	111	13,6
<b>Aile Hekiminden Herhangi Bir Konuda Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=1302)</b>		
Almamış	1065	81,8
Almış	237	18,2
<b>Hastaneye Gitmeden Önce İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Sebepleri (n=991) #</b>		
Hastanelerde Yoğunluğun Çok Olması	422	42,6
Aile Sağlığı Merkezinin Evlerine Yakın Olması	420	42,4
Sürekli Takibini Yapan Bir Hekim Olması	291	29,4
Gereksiz Katkı Payı Ödemek İstememesi	229	23,1
Bulunduğu Yerde Hastaneye Ulaşımın Zor Olması	106	10,7
Hastanedeki Doktorların Aile Hekimi Kadar İlgili Olmaması	85	8,6
<b>Aile Hekimine Gitmeden Önce İlk Olarak Hastaneye Başvurma Sebepleri (n=1176) #</b>		
ASM’lerin Teknolojik Olarak Yetersiz Donanıma Sahip Olması	580	49,3
Aile Hekimlerinin Yeterli Görülmemesi	568	48,3
Hastanelerden Daha İyi Bir Hizmet Alınması	334	25,7
ASM’lerin Fiziki Olarak Yetersiz Olması	115	9,8
Hastanedeki Doktorların Daha İlgili Olması	105	8,9
Aile Hekimlerindeki Yoğunluğun Hastanelerden Daha Fazla Olması	22	1,9

\*Sütun yüzdesi #: Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

Katılımcıların %19,4'ü herhangi bir zamanda aile hekimiyle görüşmemiştir. Katılımcıların %62,8'i son bir yıl içerisinde aile hekimiyle görüşmüştür. Aile hekimine başvuranların son bir yıl içerisinde yaptıkları toplam başvuru sayılarının ortalaması 3,6'dır. Son bir yıl içerisinde aile hekimine en sık başvurma nedenleri sırasıyla %44,4 ile bir sağlık sorununa binaen ilk başvuru hekimi olması, %29,2 ile ilaçlarını yenilemek sebebiyledir. Katılımcıların %18,2'si herhangi bir zamanda aile hekiminden sağlık eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıları hastaneye gitmeden evvel aile hekimine gitmeye yönelten en sık sebepler %42,6 ile hastanelerde yoğunluğun çok olması, %42,4 ile ASM'lerin evlerine yakın olmasıdır. Tüm katılımcıların %23,9'u ise aile hekimine başvurmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıları aile hekimine gitmeden doğrudan hastaneye başvuruya sevk eden en sık sebepler ise %49,3 ile ASM'lerin teknolojik açıdan yeterli donanıma sahip olmaması, %48,3 ile aile hekimlerinin yeterli görülmemesidir.

Tablo 6’da araştırmaya katılanların sağlık hizmeti alma konusundaki davranışlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Davranışlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Mevcut Sağlık Şikayeti İle İlgili Olarak İlk Başvurusunu Yaptığı Kurum (n=1302)</b>		
Gazi Üniversitesi Hastanesi	711	54,6
Devlet Hastanesi	380	29,2
Aile Sağlığı Merkezi	211	16,2
<b>Mevcut Sağlık Şikayeti İle İlgili İlk Olarak Gazi Üniversitesi Hastanesine Başvuranların Aile Hekimine Başvurmama Nedeni (n=711) #</b>		
Üniversite Hastanesinin Şartlarını Beğenme	430	60,5
Aile Hekimini Yetersiz Bulma	284	39,9
Hastanenin Daha Yakın Olması	45	6,3
Aile Hekimlerini İlgisiz Bulma	39	5,5
Aile Hekimini Bilmeme	40	3,1

\*: Sütun yüzdesi #: Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

Katılımcıların mevcut Şikayeti için başvurdukları kurumlar; %54,6 ile araştırmanın yürütüldüğü Gazi Üniversitesi Hastanesi, %16,2 ile ASM’ler olmuştur. Mevcut sağlık Şikayeti için ilk olarak Gazi Üniversitesine başvuranların aile hekimine başvurmama nedenleri sırasıyla en çok; %60,5 ile üniversite hastanesinin Şartlarını beğenme, %39,9 ile aile hekimlerini yetersiz bulma olmuştur.

Tablo 7’de araştırmaya katılanların aile hekimliği sistemi hakkında dūřuncelerinin dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliđi Sistemi Hakkında Dūřuncelerinin Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Aile Hekiminin Mesai Saatleri Dışında Hizmet Vermesi Halinde Başvuru Durumu (n=1302)</b>		
Başvurmam	421	32,3
Başvururum	604	46,4
Fikrim Yok	277	21,3
<b>Aile Hekimini Başkasına Önerme Durumu (n=1302)</b>		
Önermem	211	16,2
Öneririm	757	58,1
Fikrim Yok	334	25,7
<b>Aile Hekimini Başkasına Önerme Nedenleri (n=757) #</b>		
İsteklerimi Yerine Getirdiği İçin	438	57,9
Benimle İlgilendiği ve Beni Dinlediği İçin	407	53,8
Teşhis ve Tedavileri Doğru Olduğu İçin	159	21,0
<b>Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnun Olma Durumu (n=1302)</b>		
Memnun Değilim	176	13,5
Memnunum	705	54,2
Fikrim Yok	421	32,3
<b>Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnun Olmama Nedenleri (n=176) #</b>		
ASM’lerin Şartlarını Yetersiz Bulması	138	78,4
Hekimlerin Daha Yetersiz/İlgisiz Olması	84	47,7
Sorunlarının özölmemesi	50	28,4
Çok Fazla Sıra Beklenmesi	16	9,1
ASM’lere Ulaşımın Zor Olması	5	2,8
<b>Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnun Olma Nedenleri (n=705) #</b>		
Sıra Beklenmemesi	414	58,7
ASM’lere Ulaşımın Kolay Olması	323	45,8
Sorunlarının özölüyor Olması	317	45,0
Hekimlerin Daha İlgili Olması	186	26,4

\*:Sütun yüzdesi #: Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.

Katılımcıların %46,4'ü aile hekimlerinin gündüz mesaisi dışında da hizmet vermesi durumunda akşamları aile hekimlerinden hizmet alabileceklerini belirtmiştir. Katılımcıların %58,1'i kendi aile hekimini başkalarına da tavsiye edebileceğini belirtmiştir. Aile hekimini başkasına da tavsiye edenlerin en çok tavsiye etme sebepleri sırasıyla; %57,9 ile istediklerini yerine getirmesi, %53,8 ile sorunlarını dinlemesi ve ilgilenmesi olmuştur. Mevcut aile hekimliği sisteminden memnun olanlar tüm katılımcıların %54,1'idir. Memnun olmayanların en çok belirttikleri sebep %78,4 ile ASM'lerin şartlarını yetersiz bulmasıdır. Mevcut aile hekimliği sisteminden memnun olanların en çok belirttikleri sebepler ise sırasıyla; %58,7 ile sıra beklenmemesi, %45,8 ile ASM'lere ulaşımın kolay olmasıdır.

Tablo 8'de araştırmaya katılanların aile hekimliği ve sevk sistemi hakkında düşüncelerin dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği ve Sevk Sistemi Hakkında Düşüncelerin Dağılımı, Ankara, 2016.**

	Sayı	(%)*
<b>Sevk Sisteminin Uygulanması Hakkındaki Görüşleri (n=1302)</b>		
Uygulanmasın	782	60,1
Uygulansın	520	39,9
<b>Sevk Sisteminin Uygulanmasını İstemeyenlerin Belirttikleri Nedenler (n=782) #</b>		
Hekim Seçme Özgürlüğünün Devam Etmesi İçin	428	54,7
Sağlık Sorunlarına Çözüm Bulunmada Yetersizlik Olacağı İçin	316	40,4
Hastaneler Daha Kaliteli Hizmet Verdiği İçin	307	39,3
Aile Hekimliği Merkezlerinde Bekleme Süresi Artacağı İçin	57	7,3

\*:Sütun yüzdesi #: Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler cevap veren kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. Seçenekler katılımcıya okunmamıştır.



Katılımcıların %60,1'i sevk sisteminin uygulanmasını istememektedir. Sevk sisteminin uygulanmasını istemeyenlerin en çok belirttikleri sebepler sırasıyla; %54,7 ile hekim seçme özgürlüğünün devam etmesi için, %40,4 ile sağlık sorunlarına çözüm bulunmasından yetersizlik olacağı için, %39,3 ile hastaneler daha kaliteli hizmet verdiği için şeklinde olmuştur.



## 4.2. Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 9a'da araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 9a. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmuyor		Aile Hekimine Başvuruyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Araştırmanın Yapıldığı Poliklinikler (n=1302)</b>					
	Genel Dahiliye	278	71,3	112	28,7
	Genel Pediyatri	184	61,1	117	38,9
	Sosyal Pediyatri	74	49,0	77	51,0
	Kadın Doğum Genel Poliklinik	198	75,9	63	24,1
	Kadın Doğum Gebelik Takibi	136	68,3	63	31,7
		<b>X<sup>2</sup>:39,343</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Yaş Grubu (n=1302)</b>					
	18-29 yaş arası	320	71,9	125	28,1
	30-39 yaş arası	285	63,6	163	36,4
	40-49 yaş arası	105	61,0	67	39,0
	50-64 yaş arası	119	68,0	56	32,0
	65 yaş ve üzeri	41	66,1	21	33,9
		<b>X<sup>2</sup>:9,984</b>		<b>p=0,041</b>	
<b>Cinsiyet (n=1302)</b>					
	Erkek	246	69,3	109	30,7
	Kadın	624	65,9	323	34,1
		<b>X<sup>2</sup>:1,349</b>		<b>p=0,245</b>	
<b>Medeni Durum (n=1302)</b>					
	Evli	651	63,1	381	36,9
	Bekâr	219	81,1	51	18,9
		<b>X<sup>2</sup>:31,378</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Öğrenim Durumu (n=1302)</b>					
	En Fazla İlkokul Mezunu	124	65,3	55	34,7
	Ortaokul Mezunu	99	61,5	62	38,5
	Lise Mezunu	271	62,0	166	38,0
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	376	73,2	138	26,8
		<b>X<sup>2</sup>:16,118</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=1302)</b>					
	1300 TL Ya Da Daha Az	52	58,4	37	41,6
	1301 TL-2600 TL Arası	182	60,1	121	39,9
	2601 TL-3900 TL Arası	250	63,3	145	36,7
	3901 TL-5200 TL Arası	202	74,3	70	25,7
	5201 TL Ve Üstü	184	75,7	59	24,3
		<b>X<sup>2</sup>:26,762</b>		<b>p=0,001</b>	

\*Satır Yüzdesi

Araştırmanın yapıldığı poliklinik, yaş, medeni durum, öğrenim durumu ve aylık gelir ile yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Cinsiyet ile yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 9b'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 9b. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmuyor		Aile Hekimine Başvuruyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Çalışma Durumu (n=1302)</b>					
	Çalışan	416	67,8	198	32,2
	Çalışmayan	454	66,0	234	34,0
		X <sup>2</sup> :0,455		p=0,500	
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1157)</b>					
	Bir	32	80,0	8	20,0
	İki	148	71,5	59	28,5
	Üç	226	64,4	125	35,6
	Dört	219	67,6	105	32,4
	Beş ve Üzeri	150	63,8	85	36,2
		X <sup>2</sup> :7,153		p=0,128	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=1302)</b>					
	Kronik hastalığı yok	615	67,8	292	32,2
	Kronik hastalığı var	255	64,6	140	35,4
		X <sup>2</sup> :1,310		p=0,252	
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu (n=1302)</b>					
	Bilmiyor	423	78,6	115	21,4
	Biliyor	447	58,5	317	41,5
		X <sup>2</sup> :57,623		p=0,001	
<b>Aile Sağlıkı Merkezinin Uzaklığı (n=1113)</b>					
	Yürüyerek 1-9 dakika mesafede	250	55,6	200	44,4
	Yürüyerek 10-30 dakika mesafede	293	62,2	178	37,8
	Araçla ulaşılacak mesafede	143	74,5	49	25,5
		X <sup>2</sup> :20,494		p=0,001	

\*Satır yüzdesi

Katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu ve aile sağlığı merkezinin evine uzaklığı ile yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışma durumu, hanede yaşayan kişi sayısı ve kronik hastalığı olma durumu ile yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 9c’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 9c. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmuyor		Aile Hekimine Başvuruyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Beni Sürekli Takip Eden Bir Hekim Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	428	61,1	272	38,9
	Söyleyenler	139	47,8	152	52,2
		<b>X<sup>2</sup>:15,025</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Gereksiz Katkı Payı Ödemek İstememe (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	463	60,8	299	39,2
	Söyleyenler	104	45,4	125	54,6
		<b>X<sup>2</sup>:16,940</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastaneye Ulaşımın Zor Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	512	57,9	373	42,1
	Söyleyenler	55	51,9	51	48,1
		<b>X<sup>2</sup>:1,377</b>		<b>p=0,241</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastanelerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	334	58,7	235	41,3
	Söyleyenler	233	55,2	189	44,8
		<b>X<sup>2</sup>:1,203</b>		<b>p=0,273</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastanedeki Doktorların Daha İlgisiz Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	541	59,7	365	40,3
	Söyleyenler	26	30,6	59	69,4
		<b>X<sup>2</sup>: 26,928</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: ASM’nin Evine Yakın Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	348	60,9	223	39,1
	Söyleyenler	219	52,1	201	47,9
		<b>X<sup>2</sup>: 7,660</b>		<b>p=0,006</b>	

\*Satır Yüzdesi

Direkt aile hekimine başvuru sebebi olarak; sürekli beni takip eden hekim olması, gereksiz katkı payı ödemek istememe, hastanedeki doktorların daha az ilgili olması, ASM'nin evine yakın olması yanıtlarının söylenme durumu ile yeni gelişen sağlık şikayelerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumunda arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt aile hekimine başvuru sebebi olarak; hastaneye ulaşımın zor olması, hastanelerde yoğunluk fazla yanıtlarının söylenme durumu ile yeni gelişen sağlık şikayelerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumunda arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 9d'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 9d. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmuyor		Aile Hekimine Başvuruyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>Aile Hekimini Yeterli Görmeme (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	392	64,5	216	35,5
	Söyleyenler	420	73,9	148	26,1
		<b>X<sup>2</sup>:12,323</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>ASM'nin Teknolojik Açıdan Yetersiz Oluşu (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	436	73,2	160	26,8
	Söyleyenler	376	64,8	204	35,2
		<b>X<sup>2</sup>:9,536</b>		<b>p=0,002</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>ASM'nin Fiziki Şartlar Açısından Yetersiz Oluşu (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	729	68,7	332	31,3
	Söyleyenler	83	72,2	32	27,8
		<b>X<sup>2</sup>:0,583</b>		<b>p=0,445</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>Hastaneden Alınan Hizmetin İyi Olması (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	560	66,5	282	33,5
	Söyleyenler	252	75,4	82	24,6
		<b>X<sup>2</sup>:8,945</b>		<b>p=0,003</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>Hastanedeki Doktorların Daha İlgili Olması (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	723	67,5	348	32,5
	Söyleyenler	89	84,8	16	15,2
		<b>X<sup>2</sup>: 12,526</b>		<b># p=0,001</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>ASM'lerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	794	68,8	360	31,2
	Söyleyenler	18	81,8	4	18,2
		<b>X<sup>2</sup>: 1,156</b>		<b>#p=0,282</b>	

\*Satır Yüzdesi #: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.



Direkt hastaneye başvurma sebebi olarak; aile hekimlerini yeterli görmeme, ASM'lerin teknolojik açıdan yetersiz oluşu, hastaneden alınan hizmetin iyi olması, hastanedeki doktorların daha ilgili olması yanıtlarının söylenme durumu ile yeni gelişen sağlık şikayelerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumunda arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt hastaneye başvurma sebebi olarak; ASM'lerin fiziki şartlar açısından yetersiz oluşu, ASM'lerde yoğunluğun fazla olması yanıtlarının söylenme durumu ile yeni gelişen sağlık şikayelerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumunda arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 9e’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 9e. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmuyor		Aile Hekimine Başvuruyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile Hekiminin Görevi: Sağlık Sorunlarını Teşhis Edip Tedavi Etmek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	212	73,9	75	26,1
	Söyleyenler	601	62,9	354	37,1
		<b>X<sup>2</sup>:11,672</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Aile Hekimlerinden Mesai Dışı Hizmet Almayı İsteme Durumu (n=1302)</b>					
	İstemeyenler	347	82,4	74	17,6
	İsteyenler	300	49,7	304	50,3
	Fikri Olmayanlar	223	80,5	54	19,5
		<b>X<sup>2</sup>:149,767</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Mevcut Sistemden Memnuniyet Durumu (n=1302)</b>					
	Memnun Olmayanlar	147	83,5	29	16,5
	Memnun Olanlar	351	49,8	354	50,2
	Çekimser	372	88,4	49	11,6
		<b>X<sup>2</sup>:202,511</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Sevk Sistemi Gelmesini İsteme Durumu (n=1294)</b>					
	İstemeyenler	589	75,3	193	24,7
	İsteyenler	276	53,9	236	46,1
		<b>X<sup>2</sup>:64,019</b>		<b>p=0,001</b>	

\*Satır Yüzdesi

Aile hekiminin görevi olarak kişilerin sağlık sorunlarını teşhis edip tedavi etmek yanıtını söyleme durumu, aile hekimlerinden mesai dışı saatlerde de hizmet

almayı isteme durumu, mevcut sistemden memnuniyet durumu, sevk sistemi isteme durumu ile yeni gelişen sağlık şikayelerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumunda arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Tek yönlü analizlerde çok fazla anlam gösteren değişken çıkması sebebiyle içlerinden en önemli faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için oluşturulan modele aylık hane geliri, ASM'nin eve olan uzaklığı, katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu, direkt hastaneye gitme sebebi olarak aile hekimini yeterli görmeme ve hastaneden daha iyi hizmet alma ifadelerinin söylenme durumu alınmıştır.

Tablo 9f’de yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak aile hekimine başvurma durumunun lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

**Tablo 9f. Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Aile Hekimine Başvurma Durumunun Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2016.**

<b>İncelenen Değişken</b>	<b>RR*</b>	<b>Güven Aralığı</b>	<b>P Değeri</b>
<b>Aylık Toplam Hane Geliri</b> 2601 TL ve üzerinde 2600 TL ve altında	- 1,93	 1,42-2,61	 <b>0,001</b>
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Eve Uzaklığı</b> Yürüme mesafesinin dışında Yürüme mesafesinde	- 2,09	 1,41-3,09	 <b>0,001</b>
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu</b> Bilmiyor Biliyor	- 2,46	 1,83-3,32	 <b>0,001</b>
<b>Direkt Olarak Hastaneye Başvuru Sebebi: Aile Hekimini Yeterli Görmeme</b> Söyleyenler Söylemeyenler	- 2,09	 1,57-2,79	 <b>0,001</b>
<b>Direkt Olarak Hastaneye Başvuru Sebebi: Hastaneden Daha İyi Hizmet Alınması</b> Söyleyenler Söylemeyenler	- 1,62	 1,16-2,25	 <b>0,004</b>

\*Rölatif Risk %95 Güven Aralığında

Aylık toplam hane geliri, ASM’nin eve uzaklığı, katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu, aile hekimini yeterli görmeme durumu, hastaneden daha iyi hizmet alınması durumu ile de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre geliri 2600 TL ve altında olanlar, katkı payı ödeme uygulamasını bilenler, ASM’si eve yürüme mesafesinde olanlar, aile hekimini yeterli görmediğini söylemeyenler, hastaneden daha iyi hizmet aldığını söylemeyenler yeni gelişen sağlık şikayetlerinde daha sık aile hekimine başvurmaktadır.

#### 4.3. Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 10a'da araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 10a. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Araştırmanın Yapıldığı Poliklinikler (n=1302)</b>					
	Genel Dahiliye	141	36,2	249	63,8
	Genel Pediyatri	116	38,5	185	61,5
	Sosyal Pediyatri	62	41,1	89	58,9
	Kadın Doğum Genel Poliklinik	101	38,7	160	61,3
	Kadın Doğum Gebelik Takibi	64	32,2	135	67,8
		X <sup>2</sup> :3,791		p=0,435	
<b>Yaş Grubu (n=1302)</b>					
	18-29 yaş arası	204	45,8	241	54,2
	30-39 yaş arası	161	35,9	287	64,1
	40-49 yaş arası	51	29,7	121	70,3
	50-64 yaş arası	45	25,7	130	74,3
	65 yaş ve üzeri	23	37,1	39	62,9
		X <sup>2</sup> :28,620		p=0,001	
<b>Cinsiyet (n=1302)</b>					
	Erkek	165	46,5	190	53,5
	Kadın	319	33,7	628	66,3
		X <sup>2</sup> :18,096		p=0,001	
<b>Medeni Durum (n=1302)</b>					
	Evli	339	32,8	693	67,2
	Bekâr	145	53,7	125	46,3
		X <sup>2</sup> :39,854		p=0,001	
<b>Öğrenim Durumu (n=1302)</b>					
	En Fazla İlkokul Mezunu	63	33,2	127	66,8
	Ortaokul Mezunu	62	38,5	99	61,5
	Lise Mezunu	145	33,2	292	66,8
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	214	41,6	300	58,4
		X <sup>2</sup> :8,797		p=0,032	
<b>Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=1302)</b>					
	1300 TL Ya Da Daha Az	26	29,2	63	70,8
	1301 TL-2600 TL Arası	96	31,7	207	68,3
	2601 TL-3900 TL Arası	152	38,5	243	61,5
	3901 TL-5200 TL Arası	110	40,4	162	59,6
	5201 TL Ve Üstü	100	41,2	143	58,8
		X <sup>2</sup> :9,505		p=0,050	

\*Satr Yüzdesi

Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Başvuru yapılan poliklinik ve aylık toplam hane geliri ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 10b’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 10b. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>alışma Durumu (n=1302)</b>					
	çalışan	243	39,6	371	60,4
	alışmayan	241	35,0	447	65,0
		X <sup>2</sup> :2,873		p=0,090	
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1157)</b>					
	Bir	28	70,0	12	30,0
	İki	77	37,2	130	62,8
	Üç	121	34,5	230	65,5
	Dört	122	37,7	202	62,3
	Beş ve Üzeri	82	34,9	153	65,1
		X <sup>2</sup> :20,109		p=0,001	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=1302)</b>					
	Kronik hastalığı yok	381	42,0	526	58,0
	Kronik hastalığı var	103	26,1	292	73,9
		X <sup>2</sup> :29,901		p=0,001	
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu (n=1302)</b>					
	Bilmiyor	257	47,8	281	52,2
	Biliyor	227	29,7	537	70,3
		X <sup>2</sup> :44,076		p=0,001	
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Uzaklığı (n=1113)</b>					
	Yürüyerek 1-9 dakika mesafede	111	24,7	339	75,3
	Yürüyerek 10-30 dakika mesafede	123	26,1	348	73,9
	Araçla ulaşılacak mesafede	75	39,1	117	60,9
	Başka bir ilde/ilçede	9	50,0	9	50,0
		X <sup>2</sup> :15,013		#p=0,001	

\*Satır yüzdesi

#: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı, kronik hastalık durumu, hastaneye direkt yapılan başvurulara ek katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu ve kayıtlı olunan ASM’nin evine uzaklığı ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma

durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışma durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).





Tablo 10c'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 10c. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile Hekiminin Görevi: Sağlık Sorunlarını Teşhis Edip Tedavi Etmek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	120	41,8	167	58,2
	Söyleyenler	310	32,5	645	67,5
		<b>X<sup>2</sup>:8,525</b>		<b>p=0,004</b>	
<b>Aile Hekiminin Görevi: Gerekli Sevk Evrağı, Reçete, Sağlık Raporu Gibi Evrakları Düzenlemek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	140	35,5	254	64,5
	Söyleyenler	290	34,2	558	65,8
		<b>X<sup>2</sup>:0,212</b>		<b>p=0,645</b>	
<b>Aile Hekiminin Görevi: Gebe ve Çocukların Sağlığını Takip Etmek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	291	36,4	509	63,6
	Söyleyenler	139	31,4	303	68,6
		<b>X<sup>2</sup>:3,053</b>		<b>p=0,081</b>	
<b>Aile Hekiminin Görevi: Kişilere Koruyucu Sağlık Hizmeti Vermek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	344	34,1	665	65,9
	Söyleyenler	86	36,9	147	63,1
		<b>X<sup>2</sup>:0,663</b>		<b>p=0,415</b>	
<b>Aile Hekiminin Görevi: Periyodik Sağlık Muayanesi Yapmak (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	350	34,9	654	65,1
	Söyleyenler	80	33,6	158	66,4
		<b>X<sup>2</sup>:0,132</b>		<b>p=0,716</b>	
<b>Aile Hekiminin Görevi: Sağlık Danışmanlığı Hizmeti Vermek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	355	34,6	670	65,4
	Söyleyenler	75	34,6	142	65,4
		<b>X<sup>2</sup>:0,001</b>		<b>p=0,984</b>	

\*Satır Yüzdesi

Aile hekiminin görevi olarak sağlık sorunlarını teŖhis edip tedavi etmek yanıtının söylenme durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Aile hekiminin görevi olarak; gerekli reçete ve raporları düzenlemek, gebe ve çocukların sağlığını takip etmek, kişilere koruyucu sağlık hizmeti vermek, periyodik sağlık muayenesi yapmak, sağlık danışmanlığı yapmak yanıtlarının verilme durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 10d'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 10d. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Beni Sürekli Takip Eden Bir Hekim Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	160	22,9	540	77,1
	Söyleyenler	53	18,2	238	81,8
		$X^2:2,627$		$p=0,105$	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Gereksiz Katkı Payı Ödemek İstememe (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	157	20,6	605	79,4
	Söyleyenler	56	24,5	173	75,5
		$X^2:1,547$		$p=0,214$	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastaneye Ulaşımın Zor Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	188	21,2	697	78,8
	Söyleyenler	25	23,6	81	76,4
		$X^2:0,308$		$p=0,579$	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastanelerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	126	22,1	443	77,9
	Söyleyenler	87	20,6	335	79,4
		$X^2:0,335$		$p=0,563$	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastanedeki Doktorların Daha İlgisiz Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	196	21,6	710	78,4
	Söyleyenler	17	20,0	68	80,0
		$X^2: 0,045$		$p=0,832 \#$	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: ASM'nin Evine Yakın Olması (n=991)</b>					
	Söylemeyenler	145	25,4	426	74,6
	Söyleyenler	68	16,2	352	83,8
		$X^2: 12,148$		$p=0,001$	

\*Satır Yüzdesi

#: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Direkt aile hekimine başvurma sebebi olarak ASM'nin evine yakın olması yanıtının söylenme durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt aile hekimine başvuru sebebi olarak; sürekli beni takip eden bir hekim olması, gereksiz katkı payı ödemek istememe, hastaneye ulaşımın zor olması, hastanelerde yoğunluğun fazla olması, hastanedeki doktorların daha az ilgili olması yanıtlarının söylenme durumları ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 10e’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre son bir yıl içerisinde aile hekimine baştırma durumlarının dağılımını sunulmuştur.

**Tablo 10e. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Baştırma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Baştırma Durumu			
		Aile Hekimine Baştırmamış		Aile Hekimine Baştırmış	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Aile Hekimini Yeterli Görmeme (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	225	37,0	383	63,0
	Söyleyenler	236	41,5	332	58,5
		$X^2:2,543$		$p=0,111$	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi:</b>					
<b>ASM’nin Teknolojik Açıdan Yetersiz Oluşu (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	263	44,1	333	55,9
	Söyleyenler	198	34,1	382	65,9
		$X^2:12,307$		$p=0,001$	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi:</b>					
<b>ASM’nin Fiziki şartlar Açısından Yetersiz Oluşu (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	416	39,2	645	60,8
	Söyleyenler	45	39,1	70	60,9
		$X^2:0,001$		$p=0,987$	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Hastaneden Alınan Hizmetin İyi Olması (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	312	37,1	530	62,9
	Söyleyenler	149	44,6	185	55,4
		$X^2:5,729$		$p=0,017$	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Hastanedeki Doktorların Daha İlgili Olması (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	412	38,5	659	61,5
	Söyleyenler	49	46,7	56	53,3
		$X^2: 2,696$		$p=0,101$	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi:</b>					
<b>ASM’lerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=1176)</b>					
	Söylemeyenler	446	38,6	708	61,4
	Söyleyenler	15	68,2	7	31,8
		$X^2: 6,710$		$\#p=0,010$	

\*Satır Yüzdesi      #: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Direkt hastaneye başvuru sebebi olarak; ASM'lerde teknolojik donanımın yetersiz oluşu, hastanelerden alınan hizmetin iyi olması, ASM'lerde yoğunluğun fazla olması yanıtlarının söylenme durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt olarak hastaneye başvurma sebebi olarak; aile hekimini yeterli görmemek, ASM'nin fiziki şartlarının yetersiz oluşu, hastanedeki doktorların daha ilgili olması yanıtlarının söylenme durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 10f'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 10f. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile Hekimlerinden Mesai Dışı Hizmet Almayı İsteme Durumu (n=1302)</b>					
	İstemeyenler	190	45,1	231	54,9
	İsteyenler	154	25,5	450	74,5
	Fikri Olmayanlar	140	50,5	137	49,5
		<b>X<sup>2</sup>:67,871</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Mevcut Sistemden Memnuniyet Durumu (n=1302)</b>					
	Memnun Olmayanlar	99	56,3	77	43,7
	Memnun Olanlar	110	15,6	595	84,4
	Çekimser	275	65,3	146	34,7
		<b>X<sup>2</sup>:310,695</b>		<b>p=0,001</b>	

\*Satır Yüzdesi

Aile hekiminden mesai dışı hizmet almayı isteme durumu ve mevcut sistemden memnuniyet durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).

Tek yönlü analizlerde çok fazla anlam gösteren değişken çıkması sebebiyle içlerinden en önemli faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi için modele kronik hastalık durumu, aylık toplam hane geliri, ASM'nin eve uzaklığı, direkt hastaneye başvurma sebebi olarak; aile hekimini yeterli görmeme ve hastaneden daha iyi hizmet alma yanıtlarının söylenme durumları alınmıştır.

Tablo 10g’de son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumunun lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

**Tablo 10g. Son Bir Yıl İçerisinde Aile Hekimine Başvurma Durumunun Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2016.**

İncelenen Değişken	RR*	Güven Aralığı	P Değeri
<b>Kronik Hastalık Durumu</b> Kronik Hastalığı yok Kronik Hastalığı var	2,11	1,52-2,93	<b>0,001</b>
<b>Aylık Toplam Hane Geliri</b> 2601 TL ve üzerinde 2600 TL ve altında	- 1,99	1,42-2,78	<b>0,001</b>
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Eve Uzaklığı</b> Yürüme mesafesinin dışında Yürüme mesafesinde	- 1,86	1,33-2,62	<b>0,001</b>
<b>Direkt Olarak Hastaneye Başvuru Sebebi: Aile Hekimini Yeterli Görmeme</b> Söyleyenler Söylemeyenler	- 1,47	1,11-1,95	<b>0,010</b>

\*Rölatif Risk %95 Güven Aralığında

Kronik hastalık durumu, aylık toplam hane geliri, ASM’nin eve uzaklığı, aile hekimini yeterli görmeme durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaneden daha iyi hizmet alma durumu ile son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Kronik hastalığa olanlar, aylık toplam hane geliri 2600 TL ve altında olanlar, ASM’nin eve uzaklığı yürüme mesafesinde olanlar, aile hekimini yeterli görmediğini söylemeyenler son bir yıl içerisinde daha sıklıkla aile hekimine başvurmuştur.



#### 4.4. Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 11a'da araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 11a. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Araştırmanın Yapıldığı Poliklinikler (n=1302)</b>					
	Genel Dahiliye	307	78,7	83	21,3
	Genel Pediyatri	244	81,1	57	18,9
	Sosyal Pediyatri	127	84,1	24	15,9
	Kadın Doğum Genel Poliklinik	233	89,3	28	10,7
	Kadın Doğum Gebelik Takibi	180	90,5	19	9,5
		<b>X<sup>2</sup>:21,328</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Yaş Grubu (n=1302)</b>					
	18-29 yaş arası	395	88,8	50	11,2
	30-39 yaş arası	376	83,9	72	16,1
	40-49 yaş arası	140	81,4	32	18,6
	50-64 yaş arası	143	76,6	41	23,4
	65 yaş ve üzeri	46	74,2	16	25,8
		<b>X<sup>2</sup>:19,760</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Cinsiyet (n=1302)</b>					
	Erkek	297	83,7	58	16,3
	Kadın	794	83,8	153	16,2
		<b>X<sup>2</sup>:0,006</b>		<b>p=0,937</b>	
<b>Medeni Durum (n=1302)</b>					
	Evli	850	82,4	182	17,6
	Bekâr	241	89,3	29	10,7
		<b>X<sup>2</sup>:7,492</b>		<b>p=0,006</b>	
<b>Öğrenim Durumu (n=1302)</b>					
	En Fazla İlkokul Mezunu	154	81,1	36	18,9
	Ortaokul Mezunu	131	81,4	30	18,6
	Lise Mezunu	357	81,7	80	18,3
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	449	87,4	65	12,6
		<b>X<sup>2</sup>:7,968</b>		<b>p=0,047</b>	
<b>Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=1302)</b>					
	1300 TL Ya Da Daha Az	69	77,5	20	22,5
	1301 TL-2600 TL Arası	236	77,9	67	22,1
	2601 TL-3900 TL Arası	332	84,1	63	15,9
	3901 TL-5200 TL Arası	231	84,9	41	15,1
	5201 TL Ve Üstü	223	91,8	20	8,2
		<b>X<sup>2</sup>:22,015</b>		<b>p=0,001</b>	

\*Satr Yüzdesi

Araştırmanın yapıldığı poliklinikler, yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, aylık toplam hane halkı geliri ile başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Cinsiyet ile başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 11b’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 11b. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Çalışma Durumu (n=1302)</b>					
	Çalışan	527	85,8	87	14,2
	Çalışmayan	564	82,0	124	18,0
		X <sup>2</sup> :3,549		p=0,060	
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1157)</b>					
	Bir	36	90,0	4	10,0
	İki	176	85,0	31	15,0
	Üç	300	85,5	51	14,5
	Dört	268	82,7	56	17,3
	Beş ve Üzeri	196	83,4	39	16,6
		X <sup>2</sup> :2,187		p=0,701	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=1302)</b>					
	Kronik hastalığı yok	781	86,1	126	13,9
	Kronik hastalığı var	310	78,5	85	21,5
		X <sup>2</sup> :11,787		p=0,001	
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu (n=1302)</b>					
	Bilmiyor	482	89,6	56	10,4
	Biliyor	609	79,7	155	20,3
		X <sup>2</sup> :22,689		p=0,001	
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Uzaklığı (n=1113)</b>					
	Yürüyerek 1-9 dakika mesafede	352	78,2	98	21,8
	Yürüyerek 10-30 dakika mesafede	381	80,9	90	19,1
	Araçla ulaşılacak mesafede	173	90,1	19	9,9
		X <sup>2</sup> :12,690		p=0,002	

\*Satır yüzdesi

Kronik hastalık durumu, hastaneye direkt yapılan başvurularda ek katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu ve kayıtlı olunan ASM’nin evine uzaklığı ile

başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışma durumu, hanede yaşayan toplam kişi sayısı ile başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 11c'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre başvuru Şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 11c. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu			
		Aile Hekimine Başvurmamış		Aile Hekimine Başvurmuş	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile Hekiminin Görevi: Sağlık Sorunlarını Teşhis Edip Tedavi Etmek (n=1242)</b>					
	Söylemeyenler	243	84,7	44	15,3
	Söyleyenler	792	82,9	163	17,1
		X <sup>2</sup> :0,479		p=0,489	
<b>Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Başvurulan Yer (n=1302)</b>					
	Aile hekimi değil	824	94,7	46	5,3
	Aile hekimi	267	61,8	165	38,2
		X <sup>2</sup> :230,190		p=0,001	
<b>Mevcut Sistemden Memnuniyet Durumu (n=1302)</b>					
	Memnun Olmayanlar	159	90,3	17	9,7
	Memnun Olanlar	539	76,5	166	23,5
	Çekimser	393	93,3	28	6,7
		X <sup>2</sup> :61,832		p=0,001	
<b>Sevk Sistemi Gelmesini İsteme Durumu (n=1294)</b>					
	İstemeyenler	688	88,0	94	12,0
	İsteyenler	396	77,3	116	22,7
		X <sup>2</sup> :25,746		p=0,001	

\*Satır yüzdesi

Yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak başvuru yeri, mevcut sistemden memnuniyet durumu, sevk sistemi gelmesini isteme durumu ile başvuru Şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Aile hekiminin görevi olarak sağlık

sorunlarını teŖhis edip tedavi etmek yanıtının söylenme durumu ile başvuru Ŗikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



#### 4.5. Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 12a'da araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 12a. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu			
		Memnun Değil		Memnun	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Araştırmanın Yapıldığı Poliklinikler (n=881)</b>					
	Genel Dahiliye	56	24,0	177	76,0
	Genel Pediyatri	52	24,9	157	75,1
	Sosyal Pediyatri	18	15,3	100	84,7
	Kadın Doğum Genel Poliklinik	25	14,4	149	85,6
	Kadın Doğum Gebelik Takibi	25	17,0	122	83,0
		<b>X<sup>2</sup>:11,425</b>		<b>p=0,022</b>	
<b>Yaş Grubu (n=881)</b>					
	18-29 yaş arası	61	21,6	221	78,4
	30-39 yaş arası	70	21,6	254	78,4
	40-49 yaş arası	27	22,3	94	77,7
	50-64 yaş arası	17	14,0	104	86,0
	65 yaş ve üzeri	1	3,0	32	97,0
		<b>X<sup>2</sup>:10,021</b>		<b>p=0,040</b>	
<b>Cinsiyet (n=881)</b>					
	Erkek	51	23,2	169	76,8
	Kadın	125	18,9	536	81,1
		<b>X<sup>2</sup>:1,884</b>		<b>p=0,170</b>	
<b>Medeni Durum (n=881)</b>					
	Evli	136	18,5	599	81,5
	Bekâr	40	27,4	106	72,6
		<b>X<sup>2</sup>:6,027</b>		<b>p=0,014</b>	
<b>Öğrenim Durumu (n=881)</b>					
	En Fazla İlkokul Mezunu	5	4,4	109	95,6
	Ortaokul Mezunu	13	12,5	91	87,5
	Lise Mezunu	58	19,1	246	80,9
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	100	27,9	259	72,1
		<b>X<sup>2</sup>:35,062</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=881)</b>					
	1300 TL Ya Da Daha Az	9	14,5	53	85,5
	1301 TL-2600 TL Arası	18	9,1	179	90,9
	2601 TL-3900 TL Arası	49	17,3	234	82,7
	3901 TL-5200 TL Arası	43	23,2	142	76,8
	5201 TL Ve Üstü	57	37,0	97	63,0
		<b>X<sup>2</sup>:46,084</b>		<b>p=0,001</b>	

\*Satr Yüzdesi

Araştırmanın yapıldığı poliklinik, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu, aylık toplam hane geliri ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Cinsiyet ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).





Tablo 12b’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumlarının dağılımları sunulmuştur.

**Tablo 12b. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımları, Ankara, 2016.**

		Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu			
		Memnun Değil		Memnun	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Çalışma Durumu (n=881)</b>					
	Çalışan	101	23,9	321	76,1
	Çalışmayan	75	16,3	384	83,7
		<b>X<sup>2</sup>:7,931</b>		<b>p=0,005</b>	
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=881)</b>					
	Bir	5	29,4	12	70,6
	İki	18	13,7	113	86,3
	Üç	56	21,3	207	78,7
	Dört	46	20,6	177	79,4
	Beş ve Üzeri	28	18,3	125	81,7
		<b>X<sup>2</sup>:4,701</b>		<b>p=0,319</b>	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=881)</b>					
	Kronik hastalığı yok	134	22,3	468	77,7
	Kronik hastalığı var	42	15,1	237	84,9
		<b>X<sup>2</sup>:6,191</b>		<b>p=0,013</b>	
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu (n=881)</b>					
	Bilmiyor	62	21,5	226	78,5
	Biliyor	114	19,2	479	80,8
		<b>X<sup>2</sup>:0,643</b>		<b>p=0,422</b>	
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Uzaklığı (n=842)</b>					
	Yürüyerek 1-9 dakika mesafede	52	14,6	303	85,4
	Yürüyerek 10-30 dakika mesafede	54	15,6	292	84,4
	Araçla ulaşılacak mesafede	47	33,3	94	66,7
		<b>X<sup>2</sup>:26,294</b>		<b>p=0,001</b>	

\*Satır yüzdesi

Çalışma durumu, kronik hastalık durumu, ASM’nin eve uzaklığı ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Hanede yaşayan kişi sayısı, katkı payı ödeme

uygulamasını bilme durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 12c'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumlarının dağılımları sunulmuştur.

**Tablo 12c. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımları, Ankara, 2016.**

		Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu			
		Memnun Değil		Memnun	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile Hekiminin Görevi: Sağlık Sorunlarını Teşhis Edip Tedavi Etmek (n=870)</b>					
	Söylemeyenler	32	17,4	152	82,6
	Söyleyenler	138	20,1	548	79,9
		X <sup>2</sup> :0,685		p=0,408	
<b>Aile Hekiminin Görevi: Periyodik Sağlık Muayanesi Yapmak (n=870)</b>					
	Söylemeyenler	135	19,5	557	80,5
	Söyleyenler	35	19,7	143	80,3
		X <sup>2</sup> :0,002		p=0,963	
<b>Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Başvurulan Yer (n=881)</b>					
	Aile hekimi değil	147	29,5	351	70,5
	Aile hekimi	29	7,6	354	92,4
		X <sup>2</sup> :65,226		p=0,001	
<b>Herhangi Bir Zamanda Aile Hekimiyle Görüşme Durumu (n=881)</b>					
	Görüşmemiş	43	67,2	21	32,8
	Görüşmüş	133	16,3	684	83,7
		X <sup>2</sup> :93,060		#p=0,001	
<b>Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu (n=881)</b>					
	Başvurmamış	159	22,8	539	77,2
	Başvurmuş	17	9,3	166	90,7
		X <sup>2</sup> :15,671		# p=0,001	

\*Satır yüzdesi

#: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk olarak başvurulan yer, herhangi bir zamanda aile hekimiyle görüşme durumu, başvuru Şikayeti için daha önce aile

hekimine başvurma durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Aile hekimin görevi olarak; sağlık sorunlarını teşhis edip tedavi etmek, periyodik sağlık muayenesi yapmak yanıtlarının sylen durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 12d’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 12d. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu			
		Memnun Değil		Memnun	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Aile Hekimine Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Beni Sürekli Takip Eden Bir Hekim Olması (n=782)</b>					
	Söylemeyenler	95	18,0	433	82,0
	Söyleyenler	30	11,8	224	88,2
		<b>X<sup>2</sup>:4,879</b>		<b>p=0,027</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Gereksiz Katkı Payı Ödemek İstememe (n=782)</b>					
	Söylemeyenler	89	15,2	498	84,8
	Söyleyenler	36	18,5	159	81,5
		<b>X<sup>2</sup>:1,187</b>		<b>p=0,276</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Hastaneye Ulaşımın Zor Olması (n=782)</b>					
	Söylemeyenler	116	16,6	583	83,4
	Söyleyenler	9	10,8	74	89,2
		<b>X<sup>2</sup>:1,828</b>		<b>#p=0,176</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Hastanelerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=782)</b>					
	Söylemeyenler	63	14,3	378	85,7
	Söyleyenler	62	18,2	279	81,8
		<b>X<sup>2</sup>:2,174</b>		<b>p=0,140</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Baştırma Sebebi:</b>					
<b>Hastanedeki Doktorların Daha İlgisiz Olması (n=782)</b>					
	Söylemeyenler	122	17,4	581	82,6
	Söyleyenler	3	3,8	76	96,2
		<b>X<sup>2</sup>: 8,736</b>		<b>#p=0,003</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Baştırma Sebebi:</b>					
<b>ASM’nin Evine Yakın Olması (n=782)</b>					
	Söylemeyenler	84	18,4	372	81,6
	Söyleyenler	41	12,6	285	87,4
		<b>X<sup>2</sup>: 4,835</b>		<b>p=0,028</b>	

\*Satır Yüzdesi

#: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Direkt aile hekimine başvurma sebebi olarak; beni sürekli takip eden bir hekim olması, hastanedeki doktorların daha ilgisiz olması, ASM'nin evine yakın olması yanıtlarının söylenme durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt aile hekimine başvurma sebebi olarak; gereksiz katkı payı ödemek istememe, hastanelerde yoğunluğun fazla olması, hastaneye ulaşımın zor olması yanıtlarının söylenme durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 12e’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumlarının dağılımları sunulmuştur.

**Tablo 12e. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumlarının Dağılımları, Ankara, 2016.**

		Mevcut Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyet Durumu			
		Memnun Değil		Memnun	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi: Aile Hekimini Yeterli Görmeme (n=780)</b>					
	Söylemeyenler	60	14,6	351	85,4
	Söyleyenler	107	29,0	262	71,0
		<b>X<sup>2</sup>:23,957</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi: ASM’nin Teknolojik Açısından Yetersiz Oluşu (n=780)</b>					
	Söylemeyenler	69	19,3	289	80,7
	Söyleyenler	98	23,2	324	76,8
		<b>X<sup>2</sup>:1,795</b>		<b>p=0,180</b>	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi: ASM’nin Fiziki şartlar Açısından Yetersiz Oluşu (n=780)</b>					
	Söylemeyenler	139	20,1	553	79,9
	Söyleyenler	28	31,8	60	68,2
		<b>X<sup>2</sup>:6,386</b>		<b>p=0,012</b>	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi: Hastaneden Alınan Hizmetin İyi Olması (n=780)</b>					
	Söylemeyenler	133	22,7	453	77,3
	Söyleyenler	34	17,5	160	82,5
		<b>X<sup>2</sup>:2,316</b>		<b>p=0,128</b>	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi: Hastanedeki Doktorların Daha İlgili Olması (n=780)</b>					
	Söylemeyenler	153	21,3	565	78,7
	Söyleyenler	14	22,6	48	77,4
		<b>X<sup>2</sup>: 0,005</b>		<b>#p=0,942</b>	
<b>Direkt Hastaneye Baştırma Sebebi: ASM’lerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=780)</b>					
	Söylemeyenler	156	20,4	608	79,6
	Söyleyenler	11	68,8	5	31,2
		<b>X<sup>2</sup>: 18,979</b>		<b>#p=0,001</b>	

\*Satır Yüzdesi

#: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Direkt hastaneye başvuru sebebi olarak; aile hekimini yeterli görmeme, ASM'nin fiziki şartlarının yetersiz oluşu, ASM'lerde yoğunluğun fazla olması yanıtlarının söylenme durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt hastaneye başvuru sebebi olarak; ASM'nin teknolojik açıdan yetersiz oluşu, hastanedeki doktorların daha ilgili olması, hastaneden alınan hizmetin iyi olması yanıtlarının söylenme durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tek yönlü analizlerde çok fazla anlam gösteren değişken çıkması sebebiyle içlerinden en önemli faktörleri belirleyebilmek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizine yaş, aylık toplam hane geliri, ASM'nin eve olan uzaklığı, direkt hastaneye başvuru sebebi olarak aile hekimlerini yeterli görmeme yanıtının söylenme durumu alınmıştır.



Tablo 12f’de sistemden memnuniyet durumunun lojistik regresyon analizi sunulmuştur.

**Tablo 12f. Sistemden Memnuniyet Durumunun Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2016.**

<b>İncelenen Değişken</b>	<b>RR*</b>	<b>Güven Aralığı</b>	<b>P Değeri</b>
<b>Yaş</b>	1,02	1,01-1,04	<b>0,008</b>
<b>Aylık Toplam Hane Geliri</b>			
2601 TL ve üzerinde	-		
2600 TL ve altında	2,26	1,40-3,66	<b>0,001</b>
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Eve Uzaklığı</b>			
Yürüme mesafesinin dışında	-		
Yürüme mesafesinde	2,89	1,88-4,45	<b>0,001</b>
<b>Direkt Olarak Hastaneye Başvuru Sebebi: Aile Hekimini Yeterli Görmeme</b>			
Söyleyenler	-		
Söylemeyenler	2,32	1,57-3,42	<b>0,001</b>

\*Rölatif Risk %95 Güven Aralığında

ASM’nin eve uzaklığı, aylık toplam hane geliri, yaş, direkt hastaneye başvuru sebebi olarak aile hekimi yeterli görmeme durumu ile mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Buna göre evi ASM’ye yürüme mesafesinde olanlar, aylık toplam hane geliri 2600 TL ve altında olanlar, aile hekimi yeterli görmediğini söylemeyenler sistemden daha memnundurlar. Yaşın artması da memnuniyeti arttırmaktadır.

#### 4.6. Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 13a'da araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre sevk sistemi uygulanmasını isteme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 13a. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu			
		İstemiyor		İstiyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Araştırmanın Yapıldığı Poliklinikler (n=1294)</b>					
	Genel Dahiliye	245	62,8	145	37,2
	Genel Pediyatri	165	56,1	129	43,9
	Sosyal Pediyatri	89	59,3	61	40,7
	Kadın Doğum Genel Poliklinik	162	62,1	99	37,9
	Kadın Doğum Gebelik Takibi	121	60,8	78	39,2
		X <sup>2</sup> :3,594		p=0,464	
<b>Yaş Grubu (n=1294)</b>					
	18-29 yaş arası	269	60,9	173	39,1
	30-39 yaş arası	260	58,6	184	41,4
	40-49 yaş arası	111	64,5	61	35,5
	50-64 yaş arası	96	55,2	78	44,8
	65 yaş ve üzeri	46	74,2	16	25,8
		X <sup>2</sup> :8,820		p=0,066	
<b>Cinsiyet (n=1294)</b>					
	Erkek	218	61,6	136	38,4
	Kadın	564	60,0	376	40,0
		X <sup>2</sup> :0,269		p=0,604	
<b>Medeni Durum (n=1294)</b>					
	Evli	602	58,8	422	41,2
	Bekâr	180	66,7	90	33,3
		X <sup>2</sup> :5,545		p=0,019	
<b>Öğrenim Durumu (n=1294)</b>					
	En Fazla İlkokul Mezunu	113	60,1	75	39,9
	Ortaokul Mezunu	112	70,0	48	30,0
	Lise Mezunu	256	59,0	178	41,0
	Yüksekokul-Üniversite Mezunu	301	58,8	211	41,2
		X <sup>2</sup> :7,091		p=0,069	
<b>Aylık Toplam Hane Halkı Geliri (n=1294)</b>					
	1300 TL Ya Da Daha Az	47	54,7	39	45,3
	1301 TL-2600 TL Arası	194	64,0	109	36,0
	2601 TL-3900 TL Arası	225	57,0	170	43,0
	3901 TL-5200 TL Arası	164	61,0	105	39,0
	5201 TL Ve Üstü	152	63,1	89	36,9
		X <sup>2</sup> :5,562		p=0,234	

\*Satır Yüzdesi

Medeni durum ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Araştırmanın yapıldığı poliklinik, yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu, aylık toplam hane geliri ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 13b’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre sevk sistemi uygulanmasını isteme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 13b. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu			
		İstemiyor		İstiyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Çalışma Durumu (n=1294)</b>					
	Çalışan	358	58,8	251	41,2
	Çalışmayan	424	61,9	261	38,1
		X <sup>2</sup> :1,306		p=0,253	
<b>Hanede Yaşayan Kişi Sayısı (n=1294)</b>					
	Bir	28	70,0	12	30,0
	İki	140	67,6	67	32,4
	Üç	196	56,0	154	44,0
	Dört	194	61,0	124	39,0
	Beş ve Üzeri	142	60,4	93	39,6
		X <sup>2</sup> :8,882		p=0,064	
<b>Kronik Hastalık Durumu (n=1294)</b>					
	Kronik hastalığı yok	551	61,2	349	38,8
	Kronik hastalığı var	231	58,6	163	41,4
		X <sup>2</sup> :0,770		p=0,380	
<b>Katkı Payı Ödeme Uygulamasını Bilme Durumu (n=1294)</b>					
	Bilmiyor	361	67,2	176	32,8
	Biliyor	421	55,6	336	44,4
		X <sup>2</sup> :17,712		p=0,001	
<b>Aile Sağlığı Merkezinin Uzaklığı (n=1106)</b>					
	Yürüyerek 1-9 dakika mesafede	241	53,9	206	46,1
	Yürüyerek 10-30 dakika mesafede	270	57,6	199	42,4
	Araçla ulaşılacak mesafede	120	63,2	70	36,8
		X <sup>2</sup> :4,737		p=0,094	

\*Satır yüzdesi

Katkı payı ödeme uygulamasını bilme durumu ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Çalışma durumu, kronik hastalık durumu, ASM’nin eve uzaklığı, hanede

yaşayan kişi sayısı ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



Tablo 13c'de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre sevk sistemi uygulanmasını isteme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 13c. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu			
		İstemiyor		İstiyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Aile Hekiminin Görevi: Sağlık Sorunlarını Teşhis Edip Tedavi Etmek (n=1235)</b>					
	Söylemeyenler	168	58,7	118	41,3
	Söyleyenler	568	59,9	381	40,1
		$X^2:0,113$		$p=0,737$	
<b>Mevcut Aile Hekimliği Sistemden Memnuniyet Durumu (n=877)</b>					
	Memnun Değil	108	61,7	67	38,3
	Memnun	353	50,3	349	49,7
		$X^2:7,339$		$p=0,007$	
<b>Yeni Gelişen Sağlık Şikayetlerinde İlk Olarak Başvurulan Yer (n=1294)</b>					
	Aile hekimi değil	589	68,1	276	31,9
	Aile hekimi	193	45,0	236	55,0
		$X^2:64,019$		$p=0,001$	
<b>Herhangi Bir Zamanda Aile Hekimiyle Görüşme Durumu (n=1294)</b>					
	Görüşmemiş	195	77,4	57	22,6
	Görüşmüş	587	56,3	455	43,7
		$X^2:37,593$		$p=0,001$	
<b>Başvuru Şikayeti İçin Daha Önce Aile Hekimine Başvurma Durumu (n=1294)</b>					
	Başvurmamış	688	63,5	396	36,5
	Başvurmuş	94	44,8	116	55,2
		$X^2:25,746$		$p=0,001$	

\*Satır yüzdesi

Yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak başvuru yeri, herhangi bir zamanda aile hekimiyle görüşme durumu, başvuru şikayeti için daha önce aile hekimine başvurma durumu, mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyet

durumu ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Aile hekimin görevi olarak; sağlık sorunlarını teşhis edip tedavi etmek, yanıtının söylenme durumu ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).



Tablo 13d’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre sevk sistemi uygulanmasını isteme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 13d. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu			
		İstemiyor		İstiyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Beni Sürekli Takip Eden Bir Hekim Olması (n=985)</b>					
	Söylemeyenler	407	58,6	287	41,4
	Söyleyenler	130	44,7	161	55,3
		<b>X<sup>2</sup>:16,142</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Gereksiz Katkı Payı Ödemek İstememe (n=985)</b>					
	Söylemeyenler	407	53,8	349	46,2
	Söyleyenler	130	56,8	99	43,2
		<b>X<sup>2</sup>:0,610</b>		<b>p=0,435</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastaneye Ulaşımın Zor Olması (n=985)</b>					
	Söylemeyenler	485	55,2	394	44,8
	Söyleyenler	52	49,1	54	50,9
		<b>X<sup>2</sup>:1,429</b>		<b>p=0,232</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastanelerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=985)</b>					
	Söylemeyenler	313	55,4	252	44,6
	Söyleyenler	224	53,3	196	46,7
		<b>X<sup>2</sup>:0,414</b>		<b>p=0,520</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: Hastanedeki Doktorların Daha İlgisiz Olması (n=985)</b>					
	Söylemeyenler	492	54,7	408	45,3
	Söyleyenler	45	52,9	40	47,1
		<b>X<sup>2</sup>: 0,093</b>		<b>p=0,760</b>	
<b>Direkt Aile Hekimine Başvurma Sebebi: ASM’nin Evine Yakın Olması (n=985)</b>					
	Söylemeyenler	293	51,6	275	48,4
	Söyleyenler	244	58,5	173	41,5
		<b>X<sup>2</sup>: 4,656</b>		<b>p=0,031</b>	

\*Satır Yüzdesi



Direkt aile hekimine başvurma sebebi olarak; beni sürekli takip eden bir hekim olması, ASM'nin evine yakın olması yanıtlarının söylenme durumu ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt aile hekimine başvurma sebebi olarak; hastanedeki doktorların daha ilgisiz olması, gereksiz katkı payı ödemek istememe, hastanelerde yoğunluğun fazla olması, hastaneye ulaşımın zor olması yanıtlarının söylenme durumu ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 13e’de araştırmaya katılanların bazı özelliklerine göre sevk sistemi uygulanmasını isteme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 13e. Araştırmaya Katılanların Bazı Özelliklerine Göre Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2016.**

		Sevk Sistemi Uygulanmasını İsteme Durumu			
		İstemiyor		İstiyor	
		Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>Aile Hekimini Yeterli Görmeme (n=1168)</b>					
	Söylemeyenler	349	57,8	255	42,2
	Söyleyenler	378	67,0	186	33,0
		<b>X<sup>2</sup>:10,595</b>		<b>p=0,001</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>ASM’nin Teknolojik Açıdan Yetersiz Oluşu (n=1168)</b>					
	Söylemeyenler	349	59,3	240	40,7
	Söyleyenler	378	65,3	201	34,7
		<b>X<sup>2</sup>:4,521</b>		<b>p=0,033</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>ASM’nin Fiziki Şartlar Açısından Yetersiz Oluşu (n=1168)</b>					
	Söylemeyenler	665	63,1	389	36,9
	Söyleyenler	62	54,4	52	45,6
		<b>X<sup>2</sup>:3,319</b>		<b>p=0,069</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>Hastaneden Alınan Hizmetin İyi Olması (n=1168)</b>					
	Söylemeyenler	526	62,9	310	37,1
	Söyleyenler	201	60,5	131	39,5
		<b>X<sup>2</sup>:0,571</b>		<b>p=0,450</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>Hastanedeki Doktorların Daha İlgili Olması (n=1168)</b>					
	Söylemeyenler	656	61,7	407	38,3
	Söyleyenler	71	67,6	34	32,4
		<b>X<sup>2</sup>: 1,419</b>		<b>p=0,234</b>	
<b>Direkt Hastaneye Başvurma Sebebi:</b>					
<b>ASM’lerde Yoğunluğun Fazla Olması (n=1168)</b>					
	Söylemeyenler	711	62,0	435	38,0
	Söyleyenler	16	72,7	6	27,3
		<b>X<sup>2</sup>: 0,643</b>		<b>#p=0,423</b>	

\*Satır Yüzdesi #: Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Direkt hastaneye başvuru sebebi olarak; aile hekimini yeterli görmeme, ASM'nin teknolojik açıdan yetersiz oluşu yanıtlarının söylenme durumu ile sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Direkt hastaneye başvuru sebebi olarak; ASM'nin fiziki şartlarının yetersiz oluşu, ASM'lerde yoğunluğun fazla olması, hastanedeki doktorların daha ilgili olması, hastaneden alınan hizmetin iyi olması yanıtlarının söylenme durumu sevk sistemi uygulanmasını isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA

Sağlık politikalarının oluşturulmasında ve değerlendirilmesinde toplumun sağlık hizmeti kullanım özelliklerini bilmek, yapılan politika ve program değişikliklerinin toplumun sağlık hizmetlerini kullanımını nasıl etkilediğini ortaya koymak önemlidir. Güçlü birinci basamak sağlık sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir.<sup>110-111</sup> Bu araştırmada Ankara’da bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunun bazı polikliniklerine başvuran 1302 kişinin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgileri ve düşünceleri sorgulanmış, sağlık hizmeti kullanımlarına ait özellikler belirlenmeye çalışılmıştır. Seçilen poliklinikler özellikle birinci basamak hekimlerinin ilk olarak görmesi gereken hastaların yoğun olduğu polikliniklerdir.

Araştırmaya katılanların %72’si kadındır. Sağlık ocağı ve ASM’lere başvuranlar üzerinde yapılan birçok çalışmada da kadınların daha çok başvurduğu ortaya konulmuştur. Çalışmalarda %52 ile %67 arasında değişen değerler bulunmuştur.<sup>17,37,43,47,50,105,106</sup> Bunun sebebi olarak Türkiye’de iş hayatında daha az yer edinen kadın nüfusun gebelik ve çocuk takibi için başvurularının da etkisiyle birinci basamak sağlık hizmetlerine ve onu yansıtan polikliniklere daha çok başvurması gösterilebilir. Araştırmaya katılanların yalnızca %5’i 65 yaş üstüdür. Kayseri’de yapılan benzer bir çalışmada da 65 yaş üstü kişiler tüm katılımcıların %6,5’ini oluşturmaktadır.<sup>105</sup> Araştırmaya katılanların diğer tanımlayıcı bilgilerini özetlemek gerekirse %79’u evli, %73’ü lise ve üzerinde bir okul mezunu, %47’si çalışan, %32’si ev hanımıdır. Katılımcıların %52’sinin evinde hanede üç veya dört kişi yaşamaktadır. Aylık toplam hane geliri katılımcıların %53’ünde bir ile üç asgari ücret arasındadır. (1301-3900 TL)

Katılımcıların %30'unun kronik bir hastalığı vardır. Araştırma sonuçlarının yorumlanırken katılımcıların bu özelliklerinin dikkate alınması gerekmektedir. Literatürde hane halkına yapılan çalışmalar veya herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru yapanlarda yapılan çalışmalarda benzer özellikleri görmek mümkündür.

Türkiye'de 2013 yılında 15 yaş üstü nüfusta lise ve üzeri okul bitirenlerin %34 civarında olduğu görülmektedir.<sup>109</sup> Ankara'da ise %47 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada bulunan %73 sıklık ise eğitim ve gelir seviyesiyle başvuru yapılan sağlık kuruluşu arasındaki ilişkiyi gösterir niteliktedir. Ayrıca araştırmanın yürütüldüğü Çankaya ilçesinde lise ve üstü okul mezunlarının %62 sıklıkta olmasının da bu sonuçta bir payı olduğu söylenebilir. Bu çalışmada katılımcıların %30'unun kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Malatyada ASM'ye başvuranlarda yapılan bir çalışmada ise kronik hastalığı olanlar %26 olarak bulunmuştur.<sup>50</sup> Kayseri il merkezinde hane halkı üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise hanede herhangi birinde kronik hastalık bulunma sıklığı %36 olarak bulunmuştur.<sup>105</sup>

Araştırmaya katılanların %95,4'ü Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçildiğini bilmektedir. Katılımcıların %87'si aile hekimini tanımaktadır. Aile hekimliği sistemine ilk olarak 12 yıl önce, tamamen ise 6 yıl önce geçildiği düşünülecek olursa halen sistemi duymayanların olması ve en azından her 10 kişiden 1'inin aile hekimini tanımaması önemli bir problemdir. Katılımcılar aile hekimliğine geçildiğini en çok yazılı ve görsel medyadan, daha sonra ise yakın çevrelerinden duyduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yalnızca %5'i ASM tarafından arandığını veya ev ziyaretinde bulunarak bilgilendirildiğini belirtmiştir.

Bu konuda sağlık kuruluşlarının çabasının yetersiz olduğu görülmektedir. Saha deneyimlerinden bilindiği üzere de kişiler sadece aile hekimleri için negatif performans kapsamına alınan ocuk ve gebe takipleri için aile sağlığı elemanı tarafından aranıp ASM'ye davet edilmektedir. Bunun dışında takip edilmesi gereken riskli gruplar için veya yıllık periyodik muayene için arama ve bilgilendirmenin yeterince yapılmadığı anlaşılmaktadır.

Katılımcılar tarafından en sık belirtilen aile hekiminin görevleri sırasıyla; hastalıkların teşhisi için muayene etmek (%77), reçete düzenleme (%68), gebe takibi (%35) olmuştur. En az belirtilenler ise sırasıyla; evde sağlık hizmeti verme (%14), sağlık danışmanlığı hizmeti verme (%17), yıllık periyodik muayene yapma (%19) olmuştur. Katılımcıların son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma nedenleri de bu durumla paralellik göstermektedir. En sık bir sağlık sorununa binaen ilk başvuru yeri olarak (%44) ve ilaç yazdırmak için (%29) aile hekimlerine başvurdukları görülmüştür. Literatürdeki benzer çalışmalarda da muayene olmak ve reçete yazdırmak en çok iki başvuru sebebi olarak gözükmektedir.<sup>17-37-46-105</sup> Bu çalışmada herhangi bir zamanda aile hekimine başvuranların sıklığı %80,6 olarak bulunmuştur. Son bir yıl içerisinde aile hekimine başvuranların sıklığı ise %62,8'dir. TÜİK'in 2012 yılında hane halkına yaptığı sağlık araştırmasına göre son 1 yılda aile hekimine başvuranların sıklığı %60'dır.<sup>27</sup> Kayseri'de 2011 yılında ASM'ye başvuranlarda yapılan bir araştırmada son bir yıl içerisinde aile hekimine başvurma sıklığı %76'dır.<sup>105</sup> Bu sıklığın az olması bazı kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin yeterince verilemediğini göstermektedir. Bu araştırmaya katılanların yalnızca %18,2'si aile hekimlerinden sağlık eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Bu

durum birinci basamakta daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelme olduğunun, koruyucu bazı hizmetlerin gözardı edildiğinin göstergesidir. Son bir yıl içerisinde aile hekimine; kadınlar, evliler, kronik hastalığı olanlar, mevcut aile hekimliği sisteminden memnun olanlar daha çok başvurmuşlardır. Aile hekimini yeterli görmüyorum diyenler, hastaneden daha iyi hizmet alıyorum diyenler, ASM'nin yoğun olduğunu düşünüyorum diyenler ise daha az başvurmuşlardır. Bu bulgular aile hekimlerinin tedavi edici hizmetlerinin ön plana çıkarıldığı görüşünü desteklemektedir. Kadınlar, evliler ve kronik hastalığı olanların daha çok başvurmuş olması da aile hekimlerinin negatif performansla tabii olan gebe ve çocuk takibi görevleriyle ve reçeye yenileme amaçlı başvuruların çokluğuyla açıklanabilir. Ancak katılımcıların sadece %14'ünün gebelik takibi, %57'sinin çocuk takibi için ASM'ye başvurduğunu belirtmesi bu hizmetler için bile aile hekimlerinin tercih edilmediğini ortaya koymaktadır.

Alma-Ata Bildirgesine göre sağlık sorunlarının % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir. Ayrıca basit laboratuvar tetkiklerinin yapılmasıyla bu sıklığın %96'ya çıktığı bildirilmektedir.<sup>1,12,13</sup> Birinci basamak sağlık kurumunda çözümlenemeyen sağlık sorunlarının çözümü için var olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, sevk zinciri uygulamasının olmadığı durumlarda etkisiz, verimsiz ve gereksiz bir biçimde yoğun olacağı öngörülmektedir.<sup>15-20</sup> Güçlü bir birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerin toplumun sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebileceği, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumu sağlayacağı ve sağlık harcamalarını daha maliyet etkin sınırlarda tutacağı söylenmektedir.<sup>15-25</sup>

Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılındaki istatistiklerine göre kişi başı hekime başvuru sayısı 2002 yılında 3,1 iken 2015 yılında 8,4'e çıkmıştır.<sup>26</sup> Bu sayı OECD ülkelerinin ortalaması olan 6.8'in de üzerindedir.<sup>26</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sosyal güvenlik kurumlarının ve hastanelerin tek elden yönetilmeye başlamasının bunda önemli katkısı olduğu söylenebilir. Toplumun sağlık kuruluşlarına başvurmasının önündeki engellerin kaldırılması doğru bir uygulama olsa da başvuru sayısındaki yüksekliğin arkasında yatan nedenlerin dikkatle incelenmesi gerekmektedir. Türkiye'de son yıllarda başvuru sayısındaki yüksekliğin arkasında plansızlık ve bu plansızlığın sonucu olarak da mükerrer başvuruların olduğu düşünülmektedir. Yani bir birey sağlık ihtiyacı olduğunda sınırsız olarak farklı sağlık kuruluşuna başvurabilmektedir. Aile Sağlığı Merkezi, devlet ve üniversite hastaneleri ve hatta SGK ile anlaşmalı özel merkezler de dahil olmak üzere aynı şikayet için birden fazla sağlık kuruluşuna başvuru yapılabilmektedir. Sevk sisteminin de olmadığı bu düzen içerisinde yapılan her başvuru için SGK bu kuruluşlara ödeme yapmaktadır. SGK'nın sağlık kuruluşlarına yaptığı toplam yıllık ödeme 2009 yılında 15.5 milyar TL iken 2013 yılında 31.0 milyar TL olmuştur.<sup>31</sup> Cari sağlık harcamaları ise son 15 yılda dolar bazından 3 katına çıkmıştır.<sup>26</sup> Toplam ve cari sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı ise %1'lik bir pay içerisinde dalgalanmakla beraber çok fazla değişiklik göstermemiştir.<sup>26</sup> Ayrıca cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %29'dan %16'ya inmiştir. Türkiye cepten yapılan sağlık harcamalarında OECD ortalamasına oldukça yakındır.<sup>26</sup> SGK'nın sağlık kuruluşlarına yaptığı ödemenin artışını açıklayacak bir diğer durum ise 2002'den



bu yana özel hastanelerin tüm başvurular içerisindeki payının %5'den %20'ye çıkması, üniversite hastanelerinin %5'den %10'a çıkmasıdır.<sup>26</sup> Özel hastaneler ve üniversite hastaneleri yapıları gereği en pahalı sağlık hizmetinin sunulduğu kuruluşlardır. SGK'nın bu hastanelere başvuru başına ödeme yaptığı düşünülürse harcamalardaki artışın nedeni daha iyi anlaşılacaktır. Bu durumu destekleyen bir diğer bulgu ise Türkiye'nin nüfus ve MR cihazı başına düşen MR görüntüleme sayısının OECD ülkeleri ortalamasının 3 katı kadar olmasıdır. En pahalı ve belki de en son başvurulması gereken MR görüntüleme işleminin uluslararası kıyaslamasında birinci sırada yer almak da artış gösteren sağlık harcamalarının bir sebebidir.<sup>26</sup>

Türkiye'de son 15 yılda kişi başına düşen yıllık hekime başvuru sayısı anlamlı derecede (yaklaşık 3 kat) artmış olsa da bu başvurular içerisinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının payının değişmemesi dikkat çekicidir. Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerine göre 2002 yılında %36 olan sıklık, 2011 yılında %40, 2015 yılında ise %33 olarak bulunmuştur.<sup>26</sup> Benzer bir biçimde 2002-2008 yılları arasında Kuzeydoğu Anadolu illerinde yürütülen bir çalışmada sağlık kuruluşuna başvuru sayısı yaklaşık 3 katına çıkmış, birinci basamağın bu başvurular içerisindeki payı %38'den %33'e düşmüştür.<sup>112</sup> Sağlık Bakanlığı'na göre birinci basamağa başvuru sıklıkları ülke içerisinde de dengesiz bir dağılım göstermektedir.<sup>26</sup> Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri gibi kırsal nüfusun daha çok olduğu bölgelerde birinci basamak sağlık kuruluşlarının tüm başvurular içerisindeki sıklığı %30'un da altındadır. Kırsal alanda uygulanmakta olan gezici sağlık hizmeti uygulamasının bu duruma olumsuz katkı yaptığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada katılımcılara yeni gelişen sağlık Şikayetlerinde ilk tercih edecekleri sağlık kuruluğu sorulmuştur. Katılımcıların %33,2'si ilk olarak ASM'leri tercih ettiklerini belirtmiştir. En çok tercih edilen kuruluş ise %33,7 ile devlet hastaneleri olmuştur. Ancak katılımcıların %54'ü mevcut sağlık Şikayeti için ilk olarak araştırmanın yurütüldüğü üniversite hastanesine, %29'u devlet hastanesine, %16'sı ASM'ye başvurmuştur. Katılımcıların bu konudaki genel tutum ve davranışları arasında bariz bir farklılık olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum hakkında literatürde farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. ASM'ye veya sağlık ocağına başvuranlarda yapılan çalışmalarda ilk tercih genellikle ASM'ler olmuştur. 2003 ile 2014 yıllar arasında farklı illerde yapılan çalışmalarda ASM'leri ilk tercih olarak belirtenlerin sıklığı %50 ile %76 arasında değişmiştir.<sup>17,37,48,49,51,91,105</sup> Malatya'da 1998 yılında yapılan bir çalışmada ilk olarak sağlık ocağına başvurduğunu belirtenler %10, Edirne'de 1999 yılında yapılan çalışmada katılımcıların yalnızca %3'ü sağlık ocağını ilk başvurulan yer olarak tanımlamıştır.<sup>47,113</sup> Şanlıurfa'da 2005 yılında kırsal yerleşimin ağırlıklı olduğu bir ilçede yapılan araştırmada sağlık ocağı %90 ile ilk başvurulan sağlık kuruluğu olarak bulunmuştur. Ancak katılımcılara ulaşım ve maddi imkan sağlandığında başvuracakları yer sorulduğunda %75'i özel muayenehaneleri tercih edeceklerini belirtmişlerdir. TÜİK'in yaşam memnuniyeti araştırmasına göre ilk tercih edilen sağlık kuruluğu %70 ile devlet hastaneleri iken, ASM'lerin sıklığı %24'te kalmıştır.<sup>28</sup>

Bu araştırmanın en önemli amaçlarından birisi kişilerin tercih ettikleri sağlık kuruluşlarını ve bunun nedenlerini ortaya koymaktır. Bu amaçla sorulan sorulardan birisi doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluğuuna başvurulduğunda

ödenen katkı paylarının başvuranlar tarafından bilinme durumudur. Araştırmaya katılanların %41'i bu uygulamayı bilmediğini söylemiştir. Bu durum Türkiye'de yaşamayan biri için tuhaf gözükse de açıklaması basit bir şekilde yapılabilir. Kişiler bu ödemeyi sağlık kuruluşuna doğrudan yapmamaktadır. Bu ödemeler eczaneler tarafından tahsil edilmektedir. Ancak kişiye o başvurusunda reçete yazılmadıysa bu ödemenin zamanı ilk kez reçeteli ilaç aldığı zamana kadar ertelenmektedir. Eczanelerde tahsil edilen bu ücretin açıklaması her zaman yapılmamaktadır. Eczanenin aldığı diğer ücretler içerisine bu katkı payı karışmaktadır. Böylece ücretin doğrudan başvuruları caydırıcı etkisi de ortadan kalkmaktadır. Nitekim katkı payı uygulamasını ilk defa duyanların %60'ı bu durumun kendisini ilk olarak aile hekimine başvurmaya yönelttiğini söylemiştir. Ayrıca katkı payı ödeme uygulamasını daha önceden bilenlerin yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ASM'yi daha çok tercih ettiği görülmüştür.

Sağlık kuruluşu tercihi en etkili olan nedenlerden birisi de sağlık kuruluşunun eve olan uzaklığıdır. Araştırmaya katılanların %70'inin kayıtlı olduğu ASM yürüme mesafesindedir. Ancak kayıtlı olduğu aile hekimi başka ilde ve ilçede olanlar da vardır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetleri için kabul edilebilir değildir. Araştırmanın bulgularına göre de evi ASM'ye yakın olanlar yeni gelişen sağlık şikayetleri için ASM'yi daha çok tercih etmektedir. Katılımcıların önce aile hekimlerine başvurma sebepleri içerisinde eve yakın olması (%42,4) ikinci en önemli neden olarak bulunmuştur. Literatürde de benzer sonuçlar gösteren çok sayıda çalışma dikkati çekmiştir. Samsun'da, Kocaeli'de, Ankara'da, Kayseri'de yapılan çalışmalarda sağlık kuruluşunun eve yakın olması sağlık ocağı veya

ASM'yi tercih etmedeki en önemli sebep olarak bulunmuştur.<sup>37,46,47,105</sup> Farklı ülkelerde yapılan birçok çalışmaya göre de uzaklığın sağlık hizmeti kullanımını belirleyen temel unsurlardan birisi olduğu ortaya konulmuştur.<sup>114-117</sup> Araştırmaya katılanların %1,4'ü aile hekiminin başka bir ilde veya ilçede olduğunu belirtmiştir. Katılanların %14,7'si ise başvuracağı ASM'nin araçla gidilecek kadar uzak olduğunu belirtmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü Ankara ilinde bu sonuçları açıklayabilecek bir coğrafi dezavantaj bulunmamaktadır. Aile hekimi başka bir ilde veya ilçede olanlar son bir yıl içerisinde aile hekimine daha az başvurmuşlardır. Bu durum koruyucu hizmetlerin takibinde de sıkıntılar çıkarmaktadır.

Bu araştırmanın bulgularına göre; aile hekimlerini yeterli görmeyenler, ASM'leri teknolojik açıdan yeterli görmeyenler, hastaneden daha iyi hizmet alıyorum diyenler, hastanedeki doktorların daha ilgili olduğunu düşünenler ilk başvuru yeri olarak ASM'leri daha az sıklıkla tercih etmişlerdir. Aile hekimlerinden mesai dışı hizmet almak isteyenler, mevcut sistemden memnun olanlar, sevk sistemi olmasını isteyenler ise ilk başvuru yeri olarak ASM'leri daha çok sıklıkla tercih etmişlerdir. Aile hekimlerini yeterli görmeme ve hastanedeki doktorların daha ilgili olduğunu düşünme genel olarak toplumun aile hekimi algısında ve aile hekimleriyle olan iletişimindeki problemi ortaya koymaktadır. 2011 yılında bir üniversite hastanesinin polikliniğinde yapılan çalışmada da katılımcıların %57'si aile hekimlerine güvenmediklerini söylemişlerdir.<sup>118</sup> Aile hekimlerine başvuranlar üzerinde yapılan nitel bir çalışmada başvuran kişilerin hekimleriyle doğru bir iletişim içerisinde oldukları zaman ilk tercih olarak aile hekimlerine gideceklerini ortaya koymuştur.<sup>53</sup> Toplumun pratisyen hekim/aile hekimi algısı sağlık

sistemindeki en problemlilerden biridir. Normalde hastanelerde de pratisyen hekimler hizmet vermesine karşın, sadece ASM'lerde çalışan hekimlerin diğerlerine göre daha yetersiz olduğu algısı özellikle bu konuda hekimlerden çok sağlık kuruluşlarına karşı toplumun algısının farklı olduğunu düşündürmektedir. Araştırmaya katılanların %49'u ASM'lerin teknik donanım açısından yetersiz olduğunu düşündüğü için aile hekimine başvurmadan direkt olarak hastaneye başvurduğunu belirtmiştir. Literatürde ASM'lere başvuran kişiler üzerinde yapılan çalışmalarda ise ASM'lerin teknik donanım ve fiziki koşullarının yeterli bulunduğu gözlenmiştir. 2009 yılında Denizli'de yapılan çalışmada teknik donanımı yeterli bulanlar %65, fiziki koşulları yeterli bulanlar %80 sıklıktadır.<sup>17</sup> Benzer çalışmalarda fiziki ve teknik koşulların yeterli bulunma sıklığı %75 ile %92 arasında değişmektedir.<sup>106,119</sup> Bu bulgulara göre genellikle ASM'lere başvurmayanların aile hekimlerine ve ASM'nin şartlarına duyduğu güvensizlik ASM'lerin toplumun genelince ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak görülmesindeki en büyük engellerdendir. 2006 yılında bir il merkezinde ASM çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada; hekimlerin yalnızca %81'inin, diğer sağlık personelinin %74'ünün acil durumlar dışında ilk başvurulacak sağlık kuruluşunu ASM olarak belirtmesi ASM'lerde çalışanların bile bu konuya tam olarak inanmadığının göstergesidir.<sup>61</sup>

İlk başvuru sağlık kuruluşu tercihi etkileyen önemli bir faktör de hanelerin aylık geliridir. Gelir seviyesi arttıkça ASM'yi tercih edenlerin sıklığının azaldığı bulunmuştur. Ankara'da sağlık ocaklarına başvuranlar üzerinde yapılan bir çalışmada da öğrenim ve gelir düzeyi arttıkça koruyucu sağlık hizmetlerini birinci

basamaktan alanların azaldığı görülmüştür.<sup>37</sup> Literatürdeki birçok araştırmada da düşük gelir gruplarının genel pratisyenleri, yüksek gelir gruplarının ise uzman hekimleri daha sık kullandığı bulunmuştur.<sup>120-129</sup>

Araştırmanın yapıldığı poliklinikler ile yeni gelişen sağlık şikayetlerinde ilk olarak ASM'ye başvurma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre özellikle kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine gebe olmayıp başvuran kişilerin ASM'leri ilk başvuru yeri olarak tercih etmedikleri görülmüştür. Nitel görüşmeler esnasında da “kadın hastalıkları için oraya gidemem” türünden yanıtlar alınmıştır. Bu durumda özellikle bu konunun anlaşılması için farklı bir çalışma yürütülmesi düşünülebilir. ASM'lerde bu muayeneler için yeterli teknik donanımın olup olmadığı, aile hekimlerinin kendilerini bu konuda yetkin görüp görmediği araştırılmalıdır. Ayrıca kadın doğum polikliniklerine başvuranlarda genel olarak bu şikayetler için neden ilk olarak ASM'ye başvurulmadığı daha detaylı olarak öğrenilebilir.

Bu araştırmanın bir diğer önemli amacı da mevcut haliyle aile hekimliği sisteminden memnuniyeti ve nedenlerini saptamaktır. Araştırmaya katılanların %54'ü sistemden memnun olduğunu belirtmiştir. En çok söylenen memnuniyet nedenleri sırasıyla; muayene olmak için sıra beklememek (%58), ASM'ye ulaşımın kolay olması (%45), sorunların çözülebilmesi (%45) ve hekimlerin daha ilgili olmasıdır (%26). En çok söylenen memnun olmama nedenleri; ASM'lerin fiziki ve teknik şartlarının yetersiz olması (%78), aile hekimlerinin yetersiz görülmesi (%47), sorunların çözülüyor olmasıdır (%28). Bununla birlikte aile hekimlerini başkalarına da tavsiye edenler %58 olarak

bulunmuştur. Mesai saatleri dışında hizmet veriyor olsa aile hekimime başvururum diyenler %46 olarak bulunmuştur. 2005 yılında Ankara’da bir tıp fakültesinin polikliniklerine başvuranlarda yapılan bir çalışmada sağlık ocağı sisteminden memnun olanlar %73 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaneye gitmeden sorunların çözülebiliyor olması %60 olarak bulunmuştur.<sup>76</sup> Aynı ilde oldukça benzer şartlarda 10 yıl arayla yapılmış iki çalışmanın sonucuna göre üniversite hastanesi polikliniklerine başvuranların birinci basamak sağlık sistemiyle ilgili düşünceleri daha iyiye gitmemiş gözükmektedir. ASM’lere ve sağlık ocaklarına başvuranlara yapılan çalışmalarda ise memnuniyet düzeyi daha yüksek bulunmuştur. 2009 ile 2014 yılları arasında birçok farklı ilde yapılan çalışmada aile hekimliği sisteminden memnuniyet düzeyi %79 ile %87 arasında bulunmuştur.<sup>17,50,54,105,106,119</sup> Sağlık Bakanlığı’na göre sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet 2003 yılında %40 iken, günümüzde %72 seviyesindedir.<sup>26</sup> Ancak aile hekimliği sisteminin tüm Türkiye’de uygulanmaya başlamasından beri (2010 yılı) memnuniyet yüzdesinin artış göstermediği de dikkat çekmektedir.<sup>26</sup>

Araştırmanın bulgularına göre öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı görülmüştür. Bu durum özellikle aile hekimlerine başvurmayı tercih etmeyenlerin durumuyla da uyumludur. Nitekim ilk başvuru yeri olarak ASM’leri tercih edenlerin sistemden daha çok memnun oldukları bulunmuştur. Ayrıca hastanenin kadın doğum ve sağlam çocuk polikliniklerine başvuranların da mevcut sistemden daha memnun oldukları görülmüştür. Bu durumun da çocuk ve gebelik takipleri sebebiyle ASM’lerin kullanılmasıyla ilişkili olabilir. Mevcut aile hekimliği sisteminden memnuniyeti azaltan durumlar; yaşın

azalması, ASM'nin eve uzaklığının artması, aile hekimini yeterli görmediğini belirtme, ASM'nin fiziki şartlarının yetersiz olduğunu belirtme, ASM'de muayene için daha fazla süre beklendiğini belirtme, aile hekimlerinin hastanedeki hekimlere göre daha ilgili olduğunu düşünmeme olarak bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık sisteminin hasta bakımı haricinde başka fonksiyonları da vardır. Bunlar kişinin sağlığını izleme, sağlık eğitimi verme ve nüfusla ilgili gerekli sağlık kayıtlarının doğru tutulması gibi halk sağlığını yakından ilgilendiren işlemlerdir.<sup>5</sup> Kişilerin aile hekimine hiç gitmemesi, direkt olarak ikinci ve üçüncü basamak hastanelerdeki polikliniklere başvurması ve hatta acil servislere başvurması aile hekimliği sisteminin etkinliğini düşürmekle birlikte acil servislere ve polikliniklerde beklenenden fazla başvuruya yol açarak oralardaki işleyişi de bozmaktadır.<sup>15-23</sup> Bu araştırmanın önemli bir amacı da sevk sistemi hakkında toplumun düşüncelerini öğrenmektir. Sevk sistemi temel sağlık hizmetleri görüşünün de vazgeçilmez ilkelerinden biridir. Araştırmaya katılanların %39,9'u sevk sisteminin yeniden yürürlüğe girmesini istemektedir. Türkiye'de şu anda bu konu hakkındaki tek veri 2002'de %20'lerde olan birinci basamaktan sevk hızının son yıllarda %1'in altına düşmesidir.<sup>26</sup> Şüphesiz bu istatistiğin ortaya çıkmasındaki sebep sevk zorunluluğun kalkmış olması ve sevk edilmesi gereken hastaların birinci basamağı atlayarak doğrudan hastanelere gitmesidir. Benzer bir bulgu da 2014 yılında Konya'da bir tıp fakültesine başvuranlarda yapılan çalışmaya göre hastaların yalnızca %3'ünün sevk ile hastaneye gelmiş olmasıdır.<sup>130</sup> Türkiye dışında yapılan diğer çalışmalarda da hastaların sevk isteğinin yüksek sevk hızıyla ilişkili olduğu ayrıca kırsal bölgelerde sevk hızlarının düşük olduğu bulunmuştur.



Kırsalda sevk hızlarının düşük olması diğer sağlık kuruluşlarına erişimin zorluğuyla açıklanabilir. Hasta bu durumda sevk edilmek istemeyecek, ulaşabildiği ilk sağlık kuruluşunda sorununun çözülmesini isteyecektir.<sup>131-133</sup>

Bu araştırmanın bulgularına göre sevk sisteminin olmasını istemeyenlerin en çok belirttikleri nedenler sırasıyla; hekim seçme konusunda özgür olmayı isteme (%54), sevk sistemi gelirse sağlık sorunlarının çözülmesinde yetersiz kalınacağını düşünme (%40), hastanelerin daha kaliteli hizmet verdiğini düşünme (%39) olarak bulunmuştur. Sevk sistemi gelmesini istemeyenlerin özellikleri; bekarlar, aile hekimini yeterli görmeyenler, ASM'leri teknolojik anlamda yetersiz bulanlar, katkı payı ödeme uygulamasını bilmeyenler, sistemden memnun olmayanlar ve daha önce aile hekimleriyle hiç görüşmemiş olanlardır. Sevk sisteminin doğru işlemesi için sistemi kullananların da bu konuya kani olmaları gerekmektedir. Bu konuda İsveç'in sisteminden çarpıcı bir örnek verilebilir. İsveç'te kapıtutuculuk yani ilk başvuruların genel pratisyenlere yapılması zorunlu değildir ama toplumun çok büyük bir kısmı ilk başvuruyu genel pratisyenlere yapmayı ve onlar tarafından uzmana sevk edilmeyi tercih etmektedir.<sup>70</sup> Bu durum birinci basamakta hizmet kapsamının geniş olmasına ve genel pratisyenlerin toplumdaki statüsüne bağlanabilir. Bu iki durum sağlanmadığı sürece hastalar acil servislere, özel hastanelere ve uzman hekimlere doğrudan ulaşmayı tercih etmektedir. Bunun sonucunda sağlıkta eşitsizlik ortaya çıkmaktadır. Kapıtutuculuk olarak adlandırılan katı bir sevk sistemi ancak birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince güçlü ve sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan, hekimlerini de buna uygun eğiten

ülkelerde düzgün olarak uygulanabilir. Uzman hekim sayısındaki artışın toplumun sağlığını iyileştirici etkisi olmadığı ortaya konulmuştur.<sup>134</sup>

Birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemine geçebilmek için birinci basamağın da güçlü bir altyapıya ve hizmet kapasitesine sahip olması gerekmektedir. 2012 yılında Avrupa ülkeleri arasında birinci basamağın güçlü ve zayıf yönlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada Türkiye’de birinci basamağın zayıf yönleri olarak; ekonomik gücü, çalışanların ücret doyumu, teknik donanımı, ilk başvuru yeri olarak hizmet verebilmesi, koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerin eksikliği ortaya konulmuştur.<sup>135</sup> Türkiye 100.000 kişiye düşen hekim sayısının karşılaştırılmasında OECD ülkeleri arasında son sıradadır ve ortalamanın yaklaşık yarısı kadar hekim sayısına sahiptir. Kişi başına düşen hekim sayısında kırsal özelliğe sahip iller daha da dezavantajlı durumdadır. Kişi başına düşen ebe ve hemşire sayısında durum daha da kötüdür. Türkiye’de OECD ortalamasının yaklaşık 5’te 1’i kadar ebe ve hemşire vardır. Bu durum birinci basamağın güçlendirilmesindeki en önemli engellerden biridir.

Tıp fakültelerinde verilen eğitim ve ülkedeki sağlık politikaları karşılıklı etkileşim içerisindedir. Türkiye’de uygulanan sağlık politikalarının uzmanlaşmaya eğilimli hekim yetişmesine sebep olmaktadır.<sup>136</sup> Tıp eğitiminin birinci basamakta çalışacak hekim yetiştirmeye yönelik olmaması da birinci basamak sağlık hizmetlerini zayıflatmaktadır. Yapılan bir çalışmada tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin %80’inin pratisyen hekimlik yapabilmek için yeterli eğitim almadıklarını göstermiştir.<sup>137</sup> Ayrıca yapılan çalışmalarda tıp öğrencilerinin %5’den daha azının gelecekte pratisyen hekim olarak çalışmak

istediğini göstermiştir.<sup>136-139</sup> Sonuç olarak da tıp eğitiminin toplumun ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığı düşünülmektedir.<sup>140</sup>

Araştırmaya katılanların %14'ü taşınma durumu olmaksızın aile hekimini değiştirdiğini belirtmiştir. Aile hekimini değiştirenlerin nedenleri sırasıyla; eve yakınlığı sebebiyle (%38), aile hekiminin davranışlarından memnun olmaması (%22), hekimlik bilgi ve becerisinden memnun olunmaması (%16) olarak sıralanmıştır. Ayrıca kendi aile hekimini başkasına da önereceğini belirtenler %58 olarak bulunmuştur. Aile hekimini başkasına önerenlerin en sık belirttikleri nedenler sırasıyla; isteklerini yaptığı için (%57), benimle ilgilendiği için (%53), teşhis ve tedavilerinin doğruluğu için (%21) olarak bulunmuştur. Bu bulgular ışığında aile hekimleriyle kişilerin doğru iletişiminin kişinin aile hekimi seçiminde ve önermesinde önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Sağlık kuruluşlarına mükerrer başvuruları ve bunun sonucunda sağlık harcamalarını arttıran önemli nedenlerden birinin de performansa dayalı ek ödeme yönetmeliğinin olduğu düşünülmektedir. Bu uygulama araştırmanın bir konusu olmamakla birlikte araştırmanın en önemli konusu olan sağlık kuruluşlarına başvurular, sağlık harcamalarının artışı ve sevk sistemini etkilemesi sebebiyle önemlidir. Yapılan her başvuru için SGK sağlık kuruluşlarına ödeme yapmaktadır. Bu da hastanenin ve hekimlerin gelirlerine doğrudan yansımaktadır. Ayrıca aynı hastanede çalışan hekimler arasında da rekabete yol açmaktadır. Hastane ortalamasının belirli bir derecede altında kalan hekimin ek ödemesinde ciddi düşüşler olabilmektedir. Literatüre göre hekimler daha fazla performans puanı toplamak amacıyla baktıkları hasta sayılarını artırmıştır.<sup>141-145</sup> Bu da iş

yoğunluğunun artmasına, hastaya ayrılan zamanın azalmasına ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmuştur. Kaliteden ziyade, bakılan hasta sayısının önemli hale getirilmesi, yani puanın önemli bir rekabet unsuru haline gelmesi, hastayı müşteri, meslektaşı ise rakip konuma düşürmektedir.<sup>144</sup> Bakılan hasta sayısının hastanenin ve hekimin kazancını doğrudan etkilemesi; yöneticilerin daha çok hasta bakılması yönünde baskıda bulunmasına, hekimlerin hiç değilse gelir kaybına uğramamak için bakılan hasta sayısını arttırmasına ve hastaya ayırdıkları sürenin azalmasına yol açmaktadır. Bütün bunların sonucunda hastaların sorunlarının çözülmemesi, mükerrer başvurular, tahlil ve görüntülenme işlemlerinde artış ve dolayısıyla sağlık harcamalarında gereksiz artışa yol açmaktadır. Son 15 yıl içerisinde yaklaşık 3 kat artış gösteren kişi başına düşen hekime başvuru sayısındaki artışın nedenlerinden birinin döner sermaye uygulamasının etkisi olduğu söylenebilir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Ankara'da bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunun bazı polikliniklerine başvuran 1302 kişinin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgileri ve düşünceleri sorgulanmış, sağlık hizmeti kullanımlarına ait özellikler belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılanların %68'i 40 yaş altında, %72'si kadın, %79'u evli, %73'ü lise ve üzeri bir okul bitirmiştir.

Araştırmanın bulgularının incelenmesinden ortaya çıkan sonuçlar şunlardır:

-Katılanların %5'i halen aile hekimliği sistemine geçildiğini bilmemektedir.

Aile hekimliği sisteminin halen yeterli derecede bilinmediği görülmüştür. Aile hekimlerinin negatif performans kapsamı dışındaki kişilerin yıllık periyodik muayenesi gibi görevlerinin ihmal edildiği anlaşılmaktadır.

-Katılımcıların %41'i doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurduklarında katkı payı ödediklerini bilmemektedir.

-Sağlık kuruluşuna uzaklık sağlık hizmeti alınacak kuruluş tercihinde en önemli nedenlerden biridir. Araştırmaya katılanların %1,4'ünün aile hekiminin başka bir ilde veya ilçede olduğu bulunmuştur.

-Katılımcıların sadece %33'ü bir sağlık şikayeti olduğunda ilk olarak ASM'ye başvurmuştur. En çok tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastaneleridir.

-Katılımcıların %80'i herhangi bir zamanda aile hekimiyle görüşmüş, %62'si son bir yıl içerisinde aile hekimiyle görüşmüştür.

-Aile hekimine başvurmadan hastaneye gitmeye sebep olan en sık sebepler; ASM'lerin teknolojik açıdan yetersiz bulunması, aile hekimlerinin yetersiz bulunmasıdır.

-Bu araştırma sırasında polikliniğe başvuranların %16'sı bu şikayeti için daha önce ASM'ye başvurmuştur.

-Katılımcıların %46'sı mesai saatleri dışında hizmet verse aile hekimine başvurabileceğini belirtmiştir.

-Şu anki haliyle aile hekimliği sisteminden memnun olanların sıklığı %54'tür. En sık memnun olmama nedenleri; ASM'lerin yetersiz görülmesi, aile hekimlerinin yetersiz görülmesidir. Lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre; yaşın artması, aylık toplam hane gelirinin azalması, ASM'nin eve uzaklığının azalması ve aile hekiminin yetersiz görülmemesi memnuniyeti arttırmaktadır.

-Katılımcıların %40'ı sevk sisteminin gelmesini istemektedir. Sevk sisteminin gelmesini istemeyenlerin en sık nedenleri; hekim seçme özgürlüğünün korunması, sağlık sorunlarının çözülemeyeceğini düşünmeleri ve hastanelerin daha kaliteli hizmet sunduğunu düşünmeleridir.

Araştırmanın bulguları ve literatürdeki bulguların incelenmesi ve saha ziyaretlerinden elde edilen deneyimlere göre sağlık sisteminin iyileştirilmesi için öneriler:

-Toplumun ASM'leri ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak benimsemesi için öncelikle bu konuda bilgilendirme yapılmalıdır. Sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin çoğunlukla katkı payı ödeme uygulamasını tam olarak bilmedikleri görülmüştür. Bu yüzden bilgilendirme materyalinde sistemin tam olarak nasıl işlediği de anlatılmalıdır. Ek olarak eczanelerden tahsil edilen muayene ücretinin fiş üzerinde açıklaması yer alabilir ve birinci basamağa başvuru yapanlarda bu ücretin alınmayacağı hatırlatılabilir.

-ASM'ye başvurmayanlar için en önemli sebeplerden biri de teknik donanımlarının yetersizliği olmuştur. Bu konuda kişileri ASM'ye başvurmaya sevk edebilmek adına ASM'lerde olmayan bazı gerekli ek işlemlerin aile hekimlerince isteği yapılarak hastanede yapılması ve sonuçların yine aile hekimince değerlendirilmesi sağlanabilir. Ayrıca aile hekiminden sevk ile hastanelere başvuranlara ayrıcalıklar getirilebilir. Aile hekimleri de sevk etmeden tedavi ettikleri hasta başına pozitif performans ile teşvik edilebilir.

-Aile hekimi seçimi ilçe sınırlarına indirilmelidir. Bu sayede koruyucu sağlık hizmetlerinin takibindeki önemli güçlüklerden biri de ortadan kalkacaktır.

-Kişilerin birinci basamağı atlayarak doğrudan uzman hekime yönlendiren en önemli sebeplerden biri de aile hekimlerine olan güvensizliktir. Pratisyen hekimlerin toplumdaki yetersizlik algısını düzeltmek için çalışmalar yapılmalıdır. Öncelikle politika yapıcılar bu itibarı hekimlere yeniden kazandırmalıdır. Bunun için medya önemli bir araçtır. "Aile Hekimime Güveniyorum" sloganlı bir çalışma yararlı olabilir. Bu çalışmaya toplum nezdinde itibar gören tüm politikacıların da katılımı ile yıllardır zedelenen hekim-hasta ilişkisi yeniden oluşturulabilir.

-ASM'lerdeki fiziki ve teknik olumsuzluklar da muhakkak hızla giderilmelidir. Aile hekimleri kadar ASM'lerin de kuruluş olarak itibar kaybettiği görülmektedir. Katılımcıların %46'sı mesai saatleri dışında aile hekimlerinden hizmet almak istediklerini belirtmişlerdir. Esnek mesai uygulamasıyla birlikte ASM'lerin de mesai dışı poliklinik hastalarına hizmet verecek duruma getirilmesi bu uygulamanın denenmesini sağlayabilir.

## 7.KAYNAKLAR

- 1.World Health Organization, & Unicef. (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- 2.Özdemir, O., Ocaktan, E., & Akdur, R. (2003). Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(04).
- 3.Coulter, A. (2002). Patients' views of the good doctor: doctors have to earn patients' trust. *BMJ: British Medical Journal*, 325(7366), 668.
- 4.Basak, O. Saatci, E. (1998). The developments of general practice/family medicine in Turkey. *The European Journal of General Practice*, 4(3), 126-129.
- 5.Aksakoğlu, G., Kılıç, B., & Uçku, R. (2003). Aile hekimliği modeli/sistemi Türkiye için uygun değildir. *Toplum ve Hekim*, 18(4), 251-257.
- 6.T.C Sağlık Bakanlığı. (2004). Aile hekimliği Türkiye modeli. *Baskı. Ankara: Mavi Ofset Yayınları*, 35-40
- 7.T.C Sağlık Bakanlığı. (2004). 5258 Sayılı Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun. Ankara: Resmi Gazete (25665 sayılı)
- 8.Allen, J., Gay, B., Crebolder, H., Heyrman, J., Švab, I., & Ram, P. (2005). The European definition of General practice. P. Evans (Ed.). WHO Europe Office.
- 9.Akpınar, E., Saatçi, E., & Bozdemir, N. (2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(2), 79-86.



- 10.T.C Sağlık Bakanlığı. (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. *Ankara: Resmi Gazete (28539 sayılı)*.
- 11.Algın, K., Şahin, İ., & Top, M. (2004). Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3).
- 12.Karadağ, Z. (2007). Aile hekimliği uygulamasının müşteri/hasta memnuniyetine etkisi. *Yüksek Lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı*.
- 13.Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C., Bindman, A. B., Quesenberry Jr, C., Truman, A., & Uratsu, C. (1999). Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists. *Jama*, 282(3), 261-266.
- 14.Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2015). Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? *Ankara Med J*, 2015, 15(4):244-248
- 15.Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
- 16.Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. *The lancet*, 344(8930), 1129-1133
- 17.Söyleyici, T. (2010). *Aile hekimliği uygulamasında hasta memnuniyet düzeyi: Denizli uygulaması* (Doctoral dissertation, Pamukkale Üniversitesi).

- 18.Aydın, B. (2004). Sağlıkta Değişim, SB Diyalog Dergisi. *TC Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı*, 1(7), 4-6.
- 19.Jepson, G. (2001). How do primary health care systems compare across Western Europe?. *Pharmaceutical Journal*, 267(7162), 269-273.
- 20.Boerma, W. G. (2003). An international study of variation in the tasks of general practitioners.
- 21.World Health Organization. (1995). Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor.
- 22.Party, L. W. (1974). The general practitioner in Europe. In *Second European Conference on the Teaching of General Practice*.
- 23.Europe, W. O. N. C. A. (2002). The European definition of general practice/family medicine. Barcelona: WONCA Europe.
- 24.Uzuner, A., & Ünalın, P. C. (2007). Türkiye’de aile hekimliğinin geleceğine yönelik planlar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(1), 37-40.
- 25.World Health Organization and The World Organization of Family Doctors. (1994). Making medical practice and education more relevant to people’s needs: the contribution of the family doctor. A working paper of the WHO-WONCA Conference. Ontario, Canada November 6-8, 33-6.
- 26.T.C Sağlık Bakanlığı. (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015
- 27.Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Sağlık Araştırması 2012.
- 28.Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2012
- 29.HASUDER. (2014). Türkiye Sağlık Raporu 2014.

- 30.T.C Maliye Bakanlığı. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği. 2007  
Resmi Gazete:11.10.2007-26670
- 31.T.C Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu  
İstatistik Yıllığı. 2012
- 32.Hughes, J. (1991). Satisfaction with medical care: A review of the field.  
*Retrieved*
- 33.Naçar, M., Çetinkaya, F., & Öztürk, Y. (2004). Kayseri ilinde 15-49 yaş  
grubu kadınların sağlık ocağından yaralanma durumu ve beklentileri.  
STED, 13(3), 106-109.
- 34.Kılıç, B. (1996). Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu  
Etkileyen Etmenler. Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos, 7-9.
- 35.Özmen D, Aksakoğlu G. (1988). Birinci basamak sağlık hizmetlerinden  
yararlanma. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı
- 36.Karadağ, Z., Aydın, B., & Aydın, S. (2007). Aile Hekimliği  
Uygulamasında Aile Hekiminin Özelliklerinin Hasta Memnuniyetine  
Etkisi. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi Bildiri Kitabı Vol  
II, 561-568
- 37.İlhan, M., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci  
basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma  
özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu  
öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.

- 38.Şahin M, Eğri M. (1998). Malatya İli Yeşilyurt İlçesi'nde halkın 1. basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos 1998*, 132(4):300-9.
- 39.Naçar, M., Çetinkaya, F., & Öztürk, Y. (2004). Kayseri ilinde 15-49 yaş grubu kadınların sağlık ocağından yararlanma durumu ve beklentileri. *STED*, 13(3), 106-109.
- 40.Torcu M, Okyay P, Çıbık A, Yılmaz İ, Varol M, Çakır H, Ünlü O. (2005). Aydın Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde 15 yaş üzeri kadınların sağlık ocağını kullanma durumları etkileyen faktörler ile memnuniyet düzeyleri. *Toplum ve Hekim Temmuz-Ağustos 2005*; 20(4): 291-7
- 41.Özcebe, H., Sönmez, R., Atasoy, A., Dede, Ö., Demir, A., Fakıoğlu, E., & Yılmaz, N. (2003). Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesiinde 65 yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(1), 22-26.
- 42.Öztürk, A., Naçar, M., Aslan, A., Gün, İ., & Çetinkaya, F. (2002). Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 138-143.
- 43.Pehlivan, E., Genç, M., Karaoğlu, L., Özer, A., Güneş, G., & Kurçer, M. A. (2001). Malatya'da Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Ve Hasta Memnuniyeti. *İnönü Üniv. Tıp Fak. Derg.* 2001;8(2):72-8.
- 44.Çalışkan, D., Erçevik, E., & Aysun, İ. D. İ. L. (2003). Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Kayıtlı Olan 15 Yaş Üstü Kişilerin Son Bir Ayda Sağlık Sorunu

- İle Karşılaşma ve Sağlık Kurumuna Başvurma Durumları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(02).
- 45.Belek, İ. (2004). Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma. Turkish Medical Association Publications, Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Nisan 2004
- 46.Çağlayan, Ç., Hamzaoğlu, O., Sevin, E., & Sondaş, S. (2006). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim sağlık ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvurular etkileyen etmenler. *Toplum Hekimliği Dergisi*, 25(3), 16-22.
- 47.Sünter, A , Dabak, Ş , Canbaz, S , Pekşen, Y . (2010). Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 20 (3),
- 48.Akıllı, A., & Genç, M. (2007). Şanlıurfa ili Bozova ilçesi merkez sağlık ocağına başvuran hastaların sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 14(2) 95-99
- 49.Bakırcan, N. (2012). Gebelerin Aile Hekimliği Sisteminden Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- 50.Mete, B., Pehlivan, E., Tekin, C., Nacar, E., Unver, E., & Baran, A. (2015). Malatya İl Merkezinde Aile Hekimliği Hizmetinden Yararlanan Yetişkinlerin Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Medicine Science*, 4(4).

- 51.Kızıl, C., Akman, V., & Öztürk, S. (2015). Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova İli Örneği. *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2).
- 52.Baltacı, D. (2011). Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi; Pilot Çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2011(2), 9-15.
- 53.Güldal, D., Yıldırım, E., Kuruoğlu, E., Günvar, T., & Mevsim, V. (2012). Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyumakta mıdır?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(3), 107-112.
- 54.Gürfidan C. (2014). Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Beklenti Ve Memnuniyet Kırklareli İl Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı
- 55.Üstü, Y., Uğurlu, M., Eğici, M. T., Yıldırım, O., & Örnek, M. (2011). Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler Ve Çözüm Yolları-I. *Sağlığın Başkenti*, 21, 50-4
- 56.Uğurlu, M., Eğici, M. T., Yıldırım, O., Örnek, M., & Üstü, Y. (2012). Aile hekimliği uygulamasında güncel problemler ve çözüm yolları-2. *Ankara Medical Journal*, 12(1).
- 57.Yardımcı, Y., Akbıyık, D. İ., Aypak, C., Yıkılkan, H., & Görpelioğlu, S. (2016). Türkiye’de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2).

- 58.Kaya, M., Üner, S., Karanfil, E., Uluyol, R., Yüksel, F., & Yüksel, M. (2007). Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 357-363.
- 59.Tözün, M., Çulhacı, A., & Ünsal, A. (2008). Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5), 377-384.
- 60.Nur, N., Çetinkaya, S., & Sümer, H. (2009). Sağlık Ocağı Çalışanları Açısından Aile Hekimliği Modeli. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(1).
- 61.Sevencan, F., Boztas, G., Temel, F., & Akbay, M. (2010). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Aile Hekimliği Mevzuatında Yer Alan Bazı Konuları Benimseme Durumu. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tıp Dergisi*, 32(2).
- 62.Aktaş, E. Ö., & Çakır, G. (2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 51(1).
- 63.Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması  
Online İçerik: <http://www.recepakdur.com/yayinlar.asp>  
Son Erişim Tarihi: 23.08.2017
- 64.Constitution, W. H. O. (1948). Basic Documents. *Geneva: WHO*.
- 65.Güler, Ç., & Akın, L. (2015). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, 1480-1484.

- 66.Güler, Ç., & Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, 1003.
- 67.Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press, USA.
- 68.Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., & Yarış, F. (2007). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27(3), 412-418.
- 69.Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Journal of Social Sciences/Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8).
- 70.Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., & Türk, M. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtutuculuk Nedir? Türkiye’de Uygulanabilir mi?. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Cilt:15 Sayı:8* 144-148
- 71.Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları, Sağlık Yönetimi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara*.
- 72.Kurt, A. Ö., & Şaşmaz, T. (2012). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2(1), 21-30.
- 73.T.C Resmi Gazete (1961) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12 Ocak 1961. Sayı: 10705, s: 3076–3079.
- 74.Devlet Planlama Teşkilatı (1963). I. Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967).



- 75.Akdur, R. (2003). *Sağlık sektörü:" Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde durum ve Türkiye'nin Birliğe uyumu*. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi.
- 76.Aydoğan, Ü. (2005). Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. *Uzmanlık Tezi*. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
- 77.Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge <https://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72984/h/tsmyonerge.pdf>  
Son erişim tarihi: 06.06.2017
- 78.Çağlayaner, H. (2007). Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(1), 44.
- 79.Ransom, D. C., & Vandervoort, H. E. (1973). The development of family medicine: Problematic trends. *Jama*, 225(9), 1098-1102.
- 80.Future of Family Medicine Project Leadership Committee. (2004). The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community. *The Annals of Family Medicine*, 2(suppl 1), S:3-32.
- 81.Ak, M. (2010). Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 17(4), 403-405.
- 82.Başak, O. (2013). Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1), 29-36.
- 83.T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye’de Aile Hekimliğinin Tarihçesi. (Online içerik)  
<http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>

Son erişim tarihi: 06.06.2017

84.Kitapçı, H., & Avcı, S. (2010). Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kişilerin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi ve Beklentilerinin Tespit Edilmesi. *Beşkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 4(1).

85.Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. “Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları”. (Online İçerik)

<http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/uygulama.html>

Son erişim tarihi: 07.06.2016

86.Çalış, S. (2006). Türkiye’de sosyal güvenlik reformu kapsamında genel sağlık sigortasının incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.

87.Oral, A. İ. (2002). ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. Anadolu Üniversitesi E-Arşiv Cilt:02 Sayı:2

88.Aydın, B. (2004). Sağlıkta Değişim, SB Diyalog Dergisi. *TC Sağlık Bakanlığı Aylık Yayın Organı*, 1(7), 4-6.

89.Hutchison, B., Levesque, J. F., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank quarterly*, 89(2), 256-288.

90.Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J., & Applebaum, S. (2009). A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs*, 28(6), S:1171-1183.

- 91.Turhan, E. S., Erdoğan, N. (2014). Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması.
- 92.Etiler, N. (2006). Romanya Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(5-6)
- 93.Şenol, V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi. *Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye*, 92-124.
- 94.Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Journal Of Suleyman Demirel University Institute Of Social Sciences*, 26(1).
- 95.Erdem, R., Prinçci, E., (2003), “Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler”, *O. M. Ü. Tıp Dergisi*, 20(1): 39-46.
- 96.Vissandjée, B., Barlow, R., & Fraser, D. W. (1997). Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. *Public Health*, 111(3), 135-148.
- 97.Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.
- 98.Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services. *A behavioral model of families' use of health services.*, (25).
- 99.Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4),

100. Aydın, S. (2015). Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. SD. (35) 6-13
101. T.C Sağlık Bakanlığı. (1992). Türkiye Sağlık Hizmeti Kullanım Araştırması
102. Oklay Bozkaya, A. (2008). Hasta beklentileri ve bu beklentiler açısından hasta-hekim görüşmesinin sonuçları (Doctoral dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi).
103. Topallı, R. Yavuz, E. (2012). “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde Kalite ve Akreditasyon”
104. Türkiye İstatistik Kurumu. (2015). Yaşam Memnuniyeti Araştırması  
Online İçerik: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21518>  
Son Erişim Tarihi: 01.12.2017
105. Çetinkaya, F., Baykan, Z., & Naçar, M. (2013). Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(1).
106. Cengiz R. , Gezgin M.F. , (2014) Aile Hekimliği Uygulaması Ve Hasta Memnuniyeti (Edirne İl Merkezi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
107. Gazi Üniversitesi Gazi Hastanesi Resmi Web Sitesi  
<http://hastane.gazi.edu.tr/ShowPage.php?p=40f5888b67c748df7efba008e7c2f9d2>  
Son Erişim Tarihi: 15.08.2017
108. Gazi Üniversitesi Gazi Hastanesi Resmi Web Sitesi  
<http://hastane.gazi.edu.tr/ShowPage.php?Master=SSS>

Son Erişim Tarihi: 15.08.2017

109. Türkiye İstatistik Kurumu. (2013). Seçilmiş Göstergelerle Ankara
110. Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health services research*, 38(3), 831-865.
111. Villalbi, J. R., Guarga, A., Pasarin, M. I., Gil, M., Borrell, C., Ferran, M., & Cirera, E. (1999). An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atención Primaria*, 24(8), 468-474.
112. Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M., & Sanisoğlu, S. Y. (2011). 2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Balkan Medical Journal*, 28(1).
113. Şahin, E. M., & Şahin, Ö. Ö. (2007). Aile Hekimliğinin Toplumda Tanınma Durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 7(1), 28-32.)
114. Yanagisawa, S., Mey, V., & Wakai, S. (2004). Comparison of health-seeking behaviour between poor and better-off people after health sector reform in Cambodia. *Public health*, 118(1), 21-30.
115. Knox, S. A., & Britt, H. (2004). The contribution of demographic and morbidity factors to self-reported visit frequency of patients: a cross-sectional study of general practice patients in Australia. *BMC Family Practice*, 5(1), 17.

116. Fortney, J. C., Steffick, D. E., Burgess, J. F., Maciejewski, M. L., & Petersen, L. A. (2005). Are primary care services a substitute or complement for specialty and inpatient services?. *Health services research*, 40(5p1), 1422-1442.
117. Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health services research*, 40(1), 135-156.
118. Gültekin, B. K., Söylemez, A., Arslantaş, H., Dişçigil, G., & Dereboy, İ. F. (2011). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların birinci basamak deneyimleri ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 12(1):25-30
119. Ağdemir, H. (2012). Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin*.
120. Schoen, C., Davis, K., DesRoches, C., Donelan, K., & Blendon, R. (2000). Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Health policy*, 51(2), 67-85.
121. Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of health economics*, 19(5), 553-583.

122. Van der Heyden, J. H. A., Demarest, S., Tafforeau, J., & Van Oyen, H. (2003). Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health policy*, 65(2), 153-165.
123. Morris, S., Sutton, M., & Gravelle, H. (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social science & medicine*, 60(6), 1251-1266.
124. Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. (2002). Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 56:510-16.
125. Veugelers, P. J., & Yip, A. M. (2003). Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(6), 424-428.
126. Inge MB, Joost BW, Van Der Meer, Johannes Van Den Bos, Johan P. (1997). Mackenbach socioeconomic differences in general practitioner and outpatient specialist care in the Netherlands: A matter of health insurance? *Soc Sci Med*.44 (8):11 61-8.
127. Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., & OECD Health Equity Research Group. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian medical association journal*, 174(2), 177-183.
128. Doorslaer, E. V., Koolman, X., & Jones, A. M. (2004). Explaining income - related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health economics*, 13(7), 629-647.

129. Fung, C. S., Wong, C. K., Fong, D. Y., Lee, A., & Lam, C. L. (2015). Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. *BMC health services research*, 15(1), 42.
130. Öztürk, Y. E. (2014). Sağlıkta Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Hastane Tercih Nedenlerinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3(4) s:1079-1094
131. Evans, A. (1993). A study of the referral decision in general practice. *Family Practice*, 10(2), 104-110.
132. Armstrong, D., Fry, J., & Armstrong, P. (1991). Doctors' perceptions of pressure from patients for referral. *Bmj*, 302(6786), 1186-1188.
133. Chan, B. T., & Austin, P. C. (2003). Patient, physician, and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada: a population-based, multi-level modelling approach. *Medical care*, 41(4), 500-511.
134. Starfield, B., Shi, L., Grover, A., & Macinko, J. (2005). The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs*, 24, W5.
135. Kringos, D. S. (2012). *The strength of primary care in Europe* (Doctoral dissertation, University Utrecht)
136. Canbaz, S., Sünter, A. T., Aker, S., & Pekşen, Y. (2007). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1), 15-19.



137. Köksal, S., Vehid, S., Tunçkale, A., Çerçel, A., Erginöz, E., Kaypmaz, Özbal, A. N. (1999). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Eğitimi Ve Mezuniyet Sonrası İle İlgili Tutumları. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 30(4).
138. Ergin, A., Dikbaş, E., Bozkurt, A. İ., Atçeken, G., Gürbüz, H., Yılmaz, Demircan, H. İ. (2011). Tıp Fakültesi Öğrencilerin Mezuniyet Sonrası Kariyer Seçimi Ve Etkileyen Faktörler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 32(32).
139. Yeniçeri, N., Mevsim, V., Özçakar, N., Özcan, S., Güldal, D., & Başak, O. (2007). Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(1), 19-24.
140. Uğurlu, A. N. (2012). Toplumun İhtiyaçları Tıp Eğitiminin Yeniden Yapılandırılmasını Gerektiriyor mu?. *Ankara Medical Journal*, 12(2).
141. Kablay, S. (2014). Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması Ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi. *Is, Guc: The Journal of Industrial Relations & Human Resources*, 16(4).
142. Çakıroğlu, O. Ç., & Seren, A. K. H. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri.
143. Koçyiğit, S. Ç., & Karadoğan, N. (2017). Sağlık İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) ve Maliyetlere Etkisi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği
144. Kart, E. (2013). " Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 38(3).
145. Üstü, Y., Uğurlu, M., & Keskin, A. (2016). Türkiye'deki Aile Hekimliği Uygulamasında Geliştirilmesi Gereken Noktalar

## 8.ÖZET

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinin bazı polikliniklerine başvuran kişilerin aile hekimliği sistemi hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi, sağlık sorunları olması durumunda gösterdikleri tutumların belirlenmesi, aile hekimliği sistemini şu anki haliyle kullanma sıklıklarının ve kullanma sıklığına etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma 2016 Kasım ayında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Genel Dahiliye, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Pediatri ve Sosyal Pediatri polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü kişiler ve 18 yaş altındaki çocukların ebeveynlerinin katılımıyla yürütülmüştür. Kesitsel tipte olan bu çalışmada 1519 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Ulaşılan toplam kişi sayısı 1302 olup katılımcıların %85,7'sine ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların %68'i 40 yaş altında, %72'si kadın, %79'u evli, %73'ü lise ve üzeri bir okul bitirmiştir. Katılanların %5'i halen aile hekimliği sistemine geçildiğini bilmemektedir. Katılımcıların %41'i doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurduklarında katkı payı ödediklerini bilmemektedir. Katılımcıların sadece %33'ü bir sağlık şikayeti olduğunda ilk olarak ASM'ye başvurmaktadır. En çok tercih edilen sağlık kuruluşu devlet hastaneleridir. Katılımcıların %80'i herhangi bir zamanda aile hekimiyle görüşmüş, %62'si son bir yıl içerisinde aile hekimiyle görüşmüştür. Aile hekimine başvurmadan hastaneye gitmeye sebep olan en sık sebepler; ASM'nin yetersiz donanımı, aile hekimlerinin yetersizliğidir. Bu araştırma sırasında polikliniğe başvuranların %16'sı bu şikayeti için daha önce ASM'ye başvurmuştur. Katılımcıların %46'sı mesai saatleri dışında hizmet verse aile hekimine

başvurabileceğini belirtmiştir. Şu anki haliyle sistemden memnun olanların sıklığı %54'tür. En sık memnun olmama nedenleri; ASM'lerin yetersiz görülmesi, hekimlerin ilgisiz ve yetersiz olmasıdır. Katılımcıların %40'ı sevk sisteminin gelmesini istemektedir. Sevk sisteminin gelmesini istemeyenlerin en sık nedenleri; hekim seçme özgürlüğünün korunması, sağlık sorunlarının çözülemeyeceğini düşünmeleri ve hastanelerin daha kaliteli hizmet sunduğunu düşünmeleridir.

Sonuç olarak; Doğrudan katkı payı ödeme sisteminin bilinirliği artırılmalıdır. Aile hekimlerine ve ASM'lere olan güvenin artırılması için çalışmalar yapılmalıdır. ASM'lerin teknik donanımlarının artırılması ve gerekirse hastanelerden bu konuda destek alması sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** aile hekimliği, memnuniyet, sevk sistemi, bilgi düzeyi, başvuru

## **9.ABSTRACT**

In this study, it was aimed to examine the level of knowledge about the family medicine system of people who applied to some polyclinics of a university hospital, to determine their attitudes in case of health problems, to determine the frequency of use of family medicine system and factors affecting the frequency of use.

The study was carried out in November 2016 with participation of Gazi University Health Research and Practice Center Gazi Hospital's General Internal Medicine, Obstetrics and Gynecology, General Pediatrics and Healthy Pediatric outpatients and parents of children under 18 years old. This cross-sectional study aims to reach 1519 students. The total number of people reached 1302, reaching 85.7% of the participants.

68% of the participants were under age 40, 72% were women, 79% were married, and 73% completed a high school and over. 5% of the participants still do not know that they are going to the family medicine system. 41% of participants do not know that they pay contributions directly when they apply to secondary and tertiary health care institutions. Only 33% of the participants are Family Health Center (FHC) first when they have a health complaint. The most preferred healthcare facility is the state hospitals. 80% of the participants interviewed the family physician at any time, 62% interviewed the family physician in the last year. The most common causes of going to the hospital without consulting the family physician; The inadequate equipment of FHC is the inadequacy of family physicians. During this study, 16% of those who applied to the outpatient clinic applied to FHC for this complaint. 46% of the participants stated that they could

apply to the family physician if they served outside working hours. At present, the frequency of those who are satisfied with the system is 54%. The reasons for not being most satisfied; The inadequacy of FHC's is that physicians are irrelevant and inadequate. 40% of respondents want the referral system to come. The most common reasons for those who do not want the referral system to come; the freedom to choose physicians, the need to think that health problems can not be solved, and that hospitals think they offer better quality services.

As a result; The recognition of the direct payment system should be increased. Work should be done to increase confidence in family physicians and FHC's. The FHC's should be provided with increased technical equipment and, if necessary, support from hospitals.

**Key Words:** family medicine, referral system, knowledge, satisfaction level, health utilization

## 10. EKLER

### EK 1:



ANKETİ YAPANIN  
İSİM SOYİSİM:  
NO:

ANKET

## GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNİN BAZI POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN, SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ, SAĞLIK SİSTEMİYLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ

Sizi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen “GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNİN BAZI POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ÜSTÜ KİŞİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN, SAĞLIK HİZMETİ ALMA KONUSUNDAKİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ, SAĞLIK SİSTEMİYLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİNİN İNCELENMESİ” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmamanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Anket sırasında sizden istediğimiz tüm kişisel bilgileriniz ve cevaplarınız tamamen gizli kalacaktır.

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum

Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum

### Anketin yapıldığı Poliklinik

- 1)Genel Dahiliye
- 2)Genel Pediatri
- 3)Sosyal Pediatri
- 4)Kadın Doğum Genel Poliklinik
- 5)Kadın Doğum Gebelik Takibi



**9. Hekim tarafından yazılmış sürekli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?**

1.Hayır

2.Evet

## **B)AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ HAKKINDA BİLGİSİ**

**10. Ülkemizde aile hekimliği sistemine geçildiğini biliyor musunuz?**

1.Evet

2.Hayır

**11. Aile hekimliği sistemine geçildiğini biliyorsanız nereden öğrendiniz?**

1.Televizyon/Gazete/Dergi

2.İnternet

3.Aile hekimi tarafından arandım

4.Sağlık personeli evime gelip bilgilendirdi

5.Eski adıyla sağlık ocağına başvurduğum sırada

6.Aile ve arkadaş çevremden

7.Diğer.....

**12.Aile hekiminin görevlerini sayabilir misiniz? (Seçenekler katılımcıya okunmayacak)**

**(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

1.Kişilerin sağlık sorunlarını teşhis edip tedavi etmek

2.Gerekli sevk evrakı,sağlık raporu,reçete vesair evrakı düzenlemek

3.Gebe ve çocukların sağlığını takip etmek

4.Kişilere koruyucu sağlık hizmeti vermek

5.Kendisine kayıtlı kişilerin periyodik muayenesini yapmak

6.Kişilere sağlık danışmanlığı hizmeti vermek

7.Evde sağlık hizmeti/gezici sağlık hizmeti vermek

8.Diğer.....

**13. Hangi aile hekimine kayıtlı olduğunuzu biliyor musunuz?**

1.Hayır

2.Evet

**14.Bir önceki soruya yanıtınız EVET ise ailenin tüm fertleri aynı hekime mi kayıtlı?**

1.Hayır

2.Evet

**15.Herhangi bir zamanda aile hekiminizi değiştirdiniz mi? (Taşınma durumu olmaksızın)**

1.Hayır

2.Evet



**16. Bir önceki soruya yanıtınız EVET ise sebebi nedir? (Seçenekler okunmayacak)  
(Tek seçenek işaretlenecek)**

- 1.İstediğim reçete/rapor/tahlil işlemlerini yapmıyordum
- 2.Davranışlarından memnun değildim
- 3.Hekimlik bilgi ve becerisinden memnun değildim
- 4.Görevini bıraktığı için başka hekime devroldum
- 5.Evime yakınlığı açısından başka bir aile sağlığı merkezine kaydımı aldım
- 6.Diğer .....

**17. Devlet hastanesine/Üniversite hastanelerine/SGK ile anlaşmalı özel tıp kurumlarına muayene olurken katkı payı ödediğinizi Aile hekiminize muayene olurken ise herhangi bir ücret ödemediğinizi biliyor musunuz? (Eğer HAYIR yanıtı verirse kişiye bu katkı paylarının eczanede ilaç katkı payıyla birlikte alındığı ve bu payların daha sonra eczanelerden devlete aktarıldığı söylenmeli)**

- 1.Hayır
- 2.Evet

**18. Bir önceki soruya yanıtınız HAYIR ise bu durum bundan sonra sizi ilk olarak aile hekiminize başvurmaya yöneltti mi?**

- 1.Hayır
- 2.Evet

**19. Aile hekiminizin çalıştığı merkez evinize ne kadar mesafede?**

- 1.Yürüyerek 1-9 dakika mesafede
2. Yürüyerek 10-30 dakika mesafede
- 3.Otobüsle/arabayla gidilecek mesafede
- 4.Başka bir ilçede/ilde
- 5.Bilmiyorum

**C) SAĞLIK HİZMETİ ALMADAKİ TUTUMLARI**

**20. Yeni gelişen sağlık şikayetlerinizde ilk olarak nereye başvurursunuz? (Gerçekten acil olmayan bir durum için)**

- 1.Devlet hastanesi polikliniğine sıra alırım
- 2.Üniversite hastanesi polikliniğine sıra alırım
- 3.Özel hastaneye/tıp merkezine giderim
- 4.Aile hekimine giderim
- 5.Özel muayenehaneye giderim
- 6.Acile giderim (basit şikayetler için bile olsa çünkü işim görülyor)

**21. Gebe olduğunuzda/Eşiniz gebe olduğunda takiplerinizi nerede yaptırıyorsunuz? (Sadece 15-49 yaş arası kadınlar ve 15-49 yaş arasında eşi olan erkekler cevaplayacak)**

- 1.Takibe gitmiyorum
- 2.Aile hekimine gidiyorum
- 3.Devlet Hastanesine Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına giderim
4. Üniversite Hastanesine Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanına giderim
- 5.Özel hastaneye giderim
- 6.Özel muayenehaneye giderim

**22. Çocuğunuzun (0-5 yaş arası) rutin takibi ve aşıları için nereye başvuruyorsunuz? (Sadece 0-5 yaş arası çocuğu olanlar cevaplayacak)**

- 1.Takibe götürmüyorum
2. Aile hekimine giderim
3. Devlet Hastanesinde Çocuk Hastalıkları polikliniğine giderim
4. Üniversite Hastanesinde Çocuk Hastalıkları polikliniğine giderim
- 5.Özel hastaneye giderim
- 6.Özel muayenehaneye giderim

**23. Kayıtlı olduğunuz aile hekimi ile hiç görüştünüz mü?**

- 1.Hayır
- 2.Evet

**24. Son 1 yıl içinde aile hekiminize hiç gittiniz mi?**

- 1.Hayır
- 2.Evet

**25. Bir önceki soruya yanıtınız “EVET” ise toplam sayısı sebebi/sebepleri neydi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilecektir)**

**Sayı:**

- 1.Genel bir sağlık kontrolü için gitmişim/ herhangi bir rahatsızlığım yoktu
- 2.Bir sağlık sorunuma binaen ilk başvurduğum kişiydi
- 3.Kronik bir rahatsızlığım olduğu için ilaçlarımı yeniletmek istemişim
- 4.Gebelik öncesi danışma/aile planması danışmanlığı/gebelik sırasında rutin takibim için gitmişim
- 5.Çocuğumun rutin kontrolü/aşıları için gitmişim
- 6.Diğer.....

**26. Aile hekiminizden herhangi bir konuda sağlık eğitimi aldınız mı?**

- 1.Hayır
- 2.Evet

**27. Hastaneye gitmeden önce aile hekimine başvurmanıza neler sebep oluyor? (Seçenekler okunmayacak) (Birden çok seçenek işaretlenebilir)**

1. Sürekli beni takip eden bir hekim olmasını iyi buluyorum
  2. Gereksiz katkı payı ödemek istemiyorum
  3. Bulduğum yerde hastaneye ulaşım çok zor
  4. Hastanelerde yoğunluk çok ve sıra beklemek istemiyorum
  5. Hastanedeki doktorlar benimle aile hekimim kadar ilgilenmiyor
  6. Aile sağlığı merkezi evime yakın
  7. Diğer.....
8. Aile hekimime başvurmuyorum/hiç başvurmadım (Tek Seçenek olarak işaretlenir)

**28. Aile hekimine gitmeden direkt olarak hastaneye başvurmanıza neler sebep oluyor? (Seçenekler okunmayacak) (Birden çok seçenek işaretlenebilir)**

1. Aile hekimlerini yeterli görmüyorum/uzman doktora muayene olmak istiyorum
2. Aile sağlığı merkezinin teknolojik şartları yetersiz, oraya gitmek istemiyorum (tahlil,röntgen cihazı yok)
3. Aile sağlığı merkezinin fiziki şartları yetersiz, oraya gitmek istemiyorum (bekleme salonu,tuvalet vs.)
4. Hastaneden çok iyi hizmet alıyorum
5. Hastanedeki doktorlar benimle daha iyi ilgileniyor
6. Aile hekimlerindeki yoğunluk hastaneden fazla, sıra beklemek istemiyorum
7. Diğer.....

**D) SAĞLIK HİZMETİ ALMA DAVRANIŞLARI**

**29. Şu an burada bulunmanıza sebep olan şikayetinizle ilgili olarak ilk başvuruyu hastanemize mi yaptınız? (Ebeveyn ise çocuğun şikayeti)**

1. Evet hastalığımla/durumumla ilgili ilk başvurum bu hastaneyedir. Bu sebeple daha önce başka bir doktora başvurmadım
2. Hayır, daha önce başka bir hastaneye başvurmuştum. Onlar sevk ettiler/Burada devam etmeyi uygun gördüm
3. Hayır, daha önce bu şikayetimle ilgili aile hekimime başvurmuştum. Çözüm bulamadı ve sevk etti.

**30. Şikayetiyle ilgili ilk başvurusu bu hastaneye ise neden aile hekimine başvurmadınız? (29.soruya 1 yanıtı verildiyse)**

- (Seçenekler okunmayacak) (Birden çok seçenek işaretlenebilir)**
1. Aile hekimlerini yetersiz buluyorum/sorunumu çözebileceğini düşünmüyorum
  2. Aile hekimlerini ilgisiz buluyorum/hastanedeki doktorlar daha ilgili
  3. Üniversite hastanesi olduğu için bu hastaneyi beğeniyorum (Doktorları,teknik şartları vs)
  4. Aile hekimim kim bilmiyorum
  5. Hastane bana daha yakın
  6. Aile hekimlerinde çok sıra bekleniyor
  7. Diğer.....



**37. Sizce sevk sistemi uygulanmalı mı? (Acil durumlar hariç ilk başvuruların aile hekimine yapılması zorunluluğu)**

1.Hayır

2.Evet

**38. Bir önceki soruya cevabınız hayır ise sizce niçin uygulanmamalı? (Seçenekler okunmayacak) (Birden çok seçenek işaretlenebilir)**

1.Sağlık sorunlarına çözüm bulmada yetersiz kalınacağını düşünüyorum.

2.Herkes başvuracağı hekim konusunda özgür olabilmeli

3. Hastaneler daha kaliteli ve yeterli hizmeti veriyor

4. Aile hekimliği merkezlerinde çok fazla sıra bekleneceğini düşünüyorum

5.Diğer.....

**39.Genel olarak aile hekimliği sistemi konusunda belirtmek istediğiniz görüş/öneri var mı?**

.....

..

.....

..

## **EK 2:**

### **KATILIMCILARIN SİSTEM HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ**

- Aile hekimlerinin uzmanlıklarının olmaması kötü
- Uzmanlıkları olmadığı için gitmiyorum
- Aile hekimlerinin branşları olsun
- ASM'ler gereksiz kurumlar, bunların yerine hastane açılmalı
- Aile hekimine güvenemiyoruz, bu yüzden gitmiyoruz. Onlar ilgili olsa gidilebilir
- Sevk sistemine gerek yok, acile servise gidince acil olmasa da hemen bakıyorlar
- Aile hekimi ilacımızı yazmadı, hastaneye gitmek zorunda kaldık (raporlu ilaç değil)
- Mutlaka nöbetçi doktor olmalı
- Bazı doktorlar üstünkörü bakıp geçiştiriyor, direkt sevk ediyor
- Laboratuvar hizmetleri yetersiz
- Eskiden üniversite hastaneleri daha sakindi, sevk sistemi gelmeli
- Hastanelerin yükünü azaltmak lazım
- Ulaşımı kolay olması ve daha yakından ilgilenilmesi sebebiyle memnunum
- Aile hekimleri daha iyi yetiştirilmiş donanımlı hekimler olmalı
- Periyodik kontroller yapılmıyor. Bu konuya önem verilmeli

- Aile hekimliğinin yeri başka hastanenin yeri başka. Allah devletimize zeval vermesin
- Uzman dururken aile hekimine gitmek istemiyorum
- Aile hekimliği kaldırılmalı
- Sistem iyi işlemiyor. MR ve ameliyat için çok bekleniyor. Doktorlar hiç açıklama yapmıyor
- ASM'lerde tahlil ve röntgen olmasını istiyorum. Onun dışında memnunum
- Sistemi destekliyorum her ailenin bir hekimi olmasını güzel buluyorum. Sıra az, aşılama ve ilaç yazma konusunda başarılılar
- Doktorlar hastalara daha sevecen yaklaşmalı, herşey para kaygısıyla yapılmamalı
- MR gibi cihazlar her yerde olmalıdır. (ASM'lerde de)
- Prof.Dr'ler ASM'ler de yer almalı
- Katkı payları alınmamalı
- Aile hekimleri biraz daha bilgili olmalı
- Aile hekimimin hasta sayısı fazla
- İnsanlara önce aile hekimlerine gidilmesi konusunda daha fazla bilgi verilmeli
- Acili olsa güzel olur
- Aile hekimlerinde ultrason olmalı gebelik takibi için
- Sistem iyi olabilir belki ama ben hekimimden memnun değilim

- Haftasonu da çalışmalarını istiyorum
- Aile hekimlerine daha iyi eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum
- Aile hekimliği kaldırılmalı
- Aile hekimliği uygulaması iyi ancak teknolojik ve fiziki şartları iyileştirilerek imkanları arttırılmalı
- Aile hekimliği sisteminin lkemizde Avrupa Birliği uyum yasalarına istinaden düzenlendiğini düşünüyorum
- Çok daha fazla tetkik yapılabilmeli. Çok ciddi sağlık sorunları dışında başka bir sağlık kuruluşuna gitmeye gerek kalmayacak seviyede hizmet verilebilmesi
- Aile hekimliği sistemi tam zamanlı yapılabilir. şartları iyileştirilebilirse hastanelerin genel yoğunluğu ve yükünü alacağını düşünüyorum. Bu sayede acil hastalar hastanelerde daha az sıra bekleyip tedavi olabiliyorlar.
- Hekimler ezbere tedavi yapıyor. Bilgisayardan bakıp tanı koyuyorlar.
- Mesai saatleri sonrası çalışmaya devam etmeleri
- Alanında uzman hekimler aile hekimi olmalı. Toplumun seviyesine inmeli
- Sisteme biraz daha profesyonellik katılması görüşündeyim. Özellikle hasta ruhundan anlamak konusunda biraz gelişme gösterilebilir.
- Doktorlar aile hekimliği uzmanlığı hakkında özel eğitim almalı
- Eski mahalleimde çok sıra vardı. Genelde uzman değiller diye biliyorum. Devlet hastaneleri daha profesyonel ve ekipman olarak daha donanımlıdır.



- Uzman aile hekimleri gelince daha iyi olur
- Aile hekimliği butik hastane gibi olmalı
- Aile hekimleri daha iyi davranmalı
- Sistemden genel olarak memnunum
- Aile hekimliği daha ciddi bir kurum olmalı
- Kontenjan nedeniyle aile hekimliğine kaydım yapılmadı. Yeni doktor gelmesiyle ancak kaydolabildim. Sayıyı yetersiz buluyorum
- Hekimler ve şartlar daha iyi olmalı
- İlaç yazdırmak için iyi ama sağlık sorunları için asla gidilmez. Bilgisiz ve ilgisizler. Kendilerini geliştirmeleri lazım
- Basit hastalıklar için gidiyorum
- İlaç yazdırmak için gidiyorum
- Evlilik raporu ve benzeri rapor işleri için gidiyorum
- Aile hekimliğini gereksiz buluyorum
- Aile hekimlerinin mesai disiplinine dikkat etmediğini düşünüyorum
- Kadın hastalığı için oraya gidemem
- İnsanlar bilinçlenmeli, devlet bizi bilgilendirilmeli,eğitmeli
- Aile hekimi sadece yönlendiriyor
- Herhangi bir konuda uzman olmadıkları için güven vermiyor

-Aile hekimleri yetersiz, sistem kaldırılınsın

-Hastanelerdeki yoğunluğun önlenmesi için sevk sistemi gelmelidir

-Aile hekiminin tedavi edebileceği hastalar gereksiz yere üniversite hastanesine gidince çok sıra oluyor. Sevk sistemi uygulanmalı

-Aile hekimleri çok yetersiz, sekreter gibi ilaç yazıyor. Tahliller yanlış çıkıyor, tanı koyamıyor

-Aile hekimliği düşünce olarak güzel fakat amacına uygun hizmet vermediğini düşünüyorum

-Aile olarak memnunuz. Bebeğimle ilgilenen tatlı insanlar

### EK 3:

Evrak Tarih ve Sayısı: 05/09/2016-E.104532



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
Gazi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 90005124-100-  
Konu : Anket Çalışması (Dr.Enes Ahmet GÜVEN)

#### HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 25/08/2016 tarihli ve 60339652-100- 101135 sayılı yazı,

Anabilim Dalımız Araştırma Görevlisi Dr.Enes Ahmet GÜVEN'in "Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamında anket çalışması yapması talebiniz uygun bulunmuştur.  
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır  
Doç. Dr. Ahmet DEMİRCAN  
Başhekim V.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi  
06510 Beşevler ANKARA  
Tel:0 (312) 202 50 90/2026651 Faks:0 (312) 223 05 28  
e-Posta :hastane@gazi.edu.tr İnternet Adresi :http://gazi-universitesi.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Meltem Yılmaz Çiğiz  
Birim Evrak Sorumlusu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK 4:

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/11/2016-E.138420



T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-  
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. SEFER AYCAN  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş.Gör.Dr.Enes Ahmet GÜVEN'in uzmanlık tez çalışması olan "*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Bazı Polikliniklerine Başvuran 18 Yaş Üstü Kişilerin Aile Hekimliği Sistemi Hakkında Bilgi Düzeylerinin, Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutum ve Davranışlarının, Sağlık Sistemiyle İlgili Düşüncelerinin İncelenmesi*" başlıklı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 11.11.2016 tarih ve 13 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın Üniversitemiz Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerinden izin alınması koşuluyla, yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN  
Komisyon Başkan Yardımcısı

Ek:1 Liste

Ankara  
Tel:0 (312) 202 20 57 Faks:0 (312) 202 20 63  
İnternet Adresi: <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>



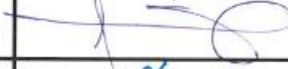





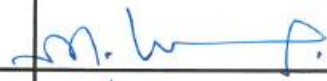
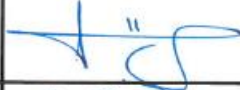
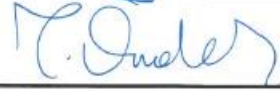
Bilgi için:Nursel Gencer  
Genel Evrak Sorumlusu  
Telefon No:202 20 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ**

TOPLANTI TARİHİ : 11.11.2016

TOPLANTI SAYISI : 13

ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.İlhan ÜZÜLMEZ BAŞKAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	
Prof.Dr.Fatma GÜMÜŞ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsün DEMİREL	
Doç.Dr.Tuncay ÖNDER	

## 11. ÖZGEÇMİŞ

**Adı:** Enes Ahmet

**Soyadı:** Güven

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Sakarya – 11.02.1989

### **Eğitimi:**

2013-2017: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,  
Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi

2006-2012: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi

**Yabancı Dili:** İngilizce