

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ**

Dr. Özge US

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA

2019

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AİLE
HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ**

Dr. Özge US

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA

2019

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	: Özge US
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Dr.Öğr.Üyesi A.Gülşen Ceyhun PEKER
Sınav tarihi: 13/ 06/ 2019	

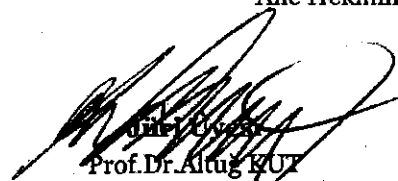
II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri.	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

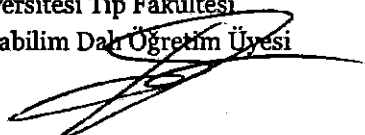
III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çoğuğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi A.Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


Prof. Dr. Altuğ KUT
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi A. Gülşen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlık sürecimde kıymetli fikir ve önerilerini benden esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN Peker'e, değerli öneriyle bana yardımcı olan Ana Bilim Dalı başkanımız Dr. Öğr. Üyesi A. Selda Tekiner'e, engin bilgi ve tecrübelerini paylaşan Prof. Dr. Mehmet Ungan'a,

İhtiyaç duyduğum her konuda yardım ve desteklerini sunan, tanımdan mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Zehra DAĞLI ve Uzm. Dr. Filiz AK'a,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan zevk duyduğum, birçok iyi anılar biriktirdiğim Uzm. Dr. Gökçen Ülkü ŞİMŞEK, Uzm. Dr. Merve Nur SİVLİM, Uzm. Dr. Nihan İMAMOĞLU, Dr. Meryem USLUCAN, diğer tüm asistan arkadaşlarıma ve bölümümüz personeline,

Tez sürecimde manevi desteklerini esirgemeyen Yeter US, Gül US BÜYÜKKÜK ve Tuğra BÜYÜKKÖK'e

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, koşulsuz sevgi, destek ve güvenleriyle her zaman yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem, babam ve kardeşim; Fatma Öz, Özkan Öz ve Merve Öz'e,

Her zaman yanımda olan, destek ve sabrını hiçbir zaman esirgemeyen, sevgisiyle bana güç veren yol arkadaşım, sevgili eşim Mustafa US'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özge US

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Tanımı.....	3
2.2. Sağlık Hizmetleri.....	4
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	8
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	9
2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	10
2.3. Aile Hekimliği	11
2.3.1. Aile Hekimliği Tanımı.....	11
2.3.2. Aile Hekimliği Disiplini.....	14
2.3.3. Türkiye’de Aile Hekimliği	22
2.3.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Tarihçesi	23
2.3.5. Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	25
2.3.6. Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler	28
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer	28
3.3. Araştırma Evreni.....	28
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.5. Veri Toplama Aracı	29
3.6. İstatistiksel Analiz	29

4. BULGULAR.....	30
5.TARTIŞMA	50
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
ÖZET	62
ABSTRACT	65
KAYNAKLAR	68
EKLER.....	72
EK-1. Etik Kurul Onayı.....	72
EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu	74
EK-3. Anket Bilgilendirme Formu.....	76
EK-4. Araştırmada Kullanılan Anket Formu	77

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AH : Aile Hekimi

AHU : Aile Hekimliği Uzmanı

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

AÜTF : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. : Doktor

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

TSM : Toplum Sağlığı Merkezi

WONCA : Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

YÖK : Yükseköğretim Kurulu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	30
Tablo 4.2. Aile Hekimliği Uygulaması ve Aile Hekimiyle Temas	31
Tablo 4.3. Aile Hekimini Seçme ve Değişirme Hakkı.....	33
Tablo 4.4. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi, Tutum, Davranış	35
Tablo 4.5. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	37
Tablo 4.6. Aile Hekimliğine Gitme ve Gitmeme Nedenleri.....	42
Tablo 4.7. Aile hekimliği Uygulaması ile İlgili Bilgi Sorularına Verilen Doğru Yanıt Yüzdeleri	43
Tablo 4.8. Demografik Özellikler ile Doğru Yanıt Yüzdelerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.9. Aile Hekimliğiyle Temas ile Doğru Yanıt Yüzdelerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.10. Aile Hekimliği ile Temasta Bulunanların Memnuniyet Düzeyleri	45
Tablo 4.11. Memnuniyet Düzeyini Etkileyen Parametreler	45
Tablo 4.12. Meslek ve Aile Hekimini Tanıma Oranı Karşılaştırılması	46
Tablo 4.13. Meslek ve AH ile AHU Arasında Farkı Bilme Durumunu Karşılaştırma	46
Tablo 4.14. Eğitim Düzeyleri ve Yaş ile Aile Hekimine Gitme Nedenlerinin Karşılaştırılması	47
Tablo 4.15. Gelir Düzeyi, Meslek ve Cinsiyet ile Aile Hekimine Gitme Nedenlerinin Karşılaştırılması	48
Tablo 4.16. Eğitim Düzeyleri ve Yaş ile Aile Hekimine Gitmeme Nedenlerinin Karşılaştırılması	49
Tablo 4.17. Gelir Düzeyi, Meslek ve Cinsiyet ile Aile Hekimine Gitmeme Nedenlerinin Karşılaştırılması	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	4
Şekil 2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Sunulduğu Merkezler	6
Şekil 2.3. Aile Hekimliği Disiplini İlkeleri ile Aile Hekiminin Görevleri Arasındaki İlişki	14
Şekil 2.4. Aile hekimliği Çekirdek Yeterlikler ve Özellikler	20



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

İnsanlar sağlıklı yaşam arayışını her çağda sürdürmüşlerdir. Her çağda insanların sağlık gereksinimlerini karşılamaya aday kişiler ve kurumlar kurulmuştur. On sekizinci yüzyılda başlayan sanayi devrimi dünyayı değiştirmiş, aynı zamanda yarattığı bilgi birikimi ile tıp dünyasını da etkilemiştir. Hızla gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimi tek kişinin anlayıp uygulamayacağı boyutlara ulaşmıştır. Bu nedenle tıpta uzmanlık dalları ortaya çıkmıştır. Uzmanlık dallarının gelişimleri ile birlikte bölünmeler de devam etmiş ve aşırı uzmanlaşma sonucu hekimler insanları iyileştirmekten çok hastalıkları iyileştirmeye odaklanmışlardır. Aşırı spesifik uzmanlaşmış sağlık bakımı; belirli hastalığı olan kişilere sağlık hizmeti sunarken, ayrılmamış sorunları olan kişiler doğru sağlık bakımına ulaşmakta güçlükler yaşamaya başlamışlardır. İkinci dünya savaşından sonra hastanın bütüncül ve kapsamlı bakımını üstlenecek bir hekimin olması gerekliliği, birincil bakım kavramını ve buna bağlı olarak genel pratisyenlik ya da aile hekimliğini gündeme getirmiştir.[1]

Dr. Francis Peabody , 1923 yılında tıpta uzmanlaşmanın hızla arttığını ve hastaların bütüncül olarak değerlendirilmesinin neredeyse ortadan kalktığını bu durumun hastaların teşhis ve tedavisini zorlaştırdığını düşünerek kapsamlı ve bireysel hizmet veren ve hastaları bütüncül olarak değerlendiren genel pratisyenliğe dönüşmesi gerektiğini savunmuştur.[2] Bu görüşün haklılığı 2. Dünya savaşından sonra ortaya çıkmıştır. Daha sonraları Avrupa ve Amerika'da birinci basamak hekimliğinin geliştirilmesinin gerekliliğinin anlaşılmasıyla birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak amacı ile temel tıp eğitiminden sonra özel eğitim almış birinci basamak sağlık bakımı sunan hekimler yetiştirilmeye başlanmıştır. Bu hekimler, kişileri ve aileleri, içinde yaşadığı toplumun bir parçası olarak ele alan, yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kesintisiz ve bütüncül sağlık hizmet sunabilen hekimlerdir ve bazı ülkelerde "Genel Pratisyen" bazı ülkelerde "Aile Hekimi" olarak adlandırılmıştır.

Yeni gelişen bu tıp disiplini de genel pratisyenlik ya da aile hekimliği adını almıştır.[3]

Ülkemizde aile hekimliği ilk olarak 1983 yılında uzmanlık tüzüğüne girmiştir. Bugün yürürlükte olan aile hekimliği saha uygulamasına geçiş ise 3 Ocak 2005'te Düzce'de pilot il olarak uygulanmaya başlanıp 13 Aralık 2010 yılında 81 ilin tamamının aile hekimliği saha uygulamasına geçişi ile tamamlanmıştır. [4]

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Tanımı

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını odak noktası haline getirmiş, kişilerin / toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ise, tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı algılanmıştır. Örneğin; yakın dönemlere kadar Türkiye’de ishal bir hastalık belirtisi olarak kabul edilmemiştir. Aynı şekilde, Şark Çıbanı ve Trahom yaygın olduğu toplumlarda hastalık olarak algılanmamıştır. Bu konudaki genel gidişat; zamanın ilerlemesine ve kültür düzeyinin yükselmesine bağlı olarak, hastalık kabul edilen durumların sayısının artması yönündedir. Hastalık kavramındaki bu değişkenliğe karşın, tıp camiası hastalık kavramına bağlı olmayan bir sağlık tanımı ortaya koyamamış ve sağlığı hastalık kavramı ile tanımlamak zorunda kalmışlardır.[5]

Günümüzde en çok kabul gören sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948’de DSÖ Tüzüğü’nde yapılmıştır. “Sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumudur.”[6]

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynaktır. Kişinin sosyal ve kişisel kaynaklarını, fiziksel kapasitesini öne çıkaran pozitif bir kavramdır.[7]

Kişi ve toplumun sağlığı; çevresel, davranışsal, kalıtsal ve tıbbi olmak üzere dört ana unsurla ilişkilidir. Sağlığın korunup geliştirilmesi ekonomik, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, olumlu etkilerinin artırılması, toplumun üyelerinin davranış ve hayat tarzında ihtiyaç duyulan değişikliklerin yapılması ve gerekli tıbbi

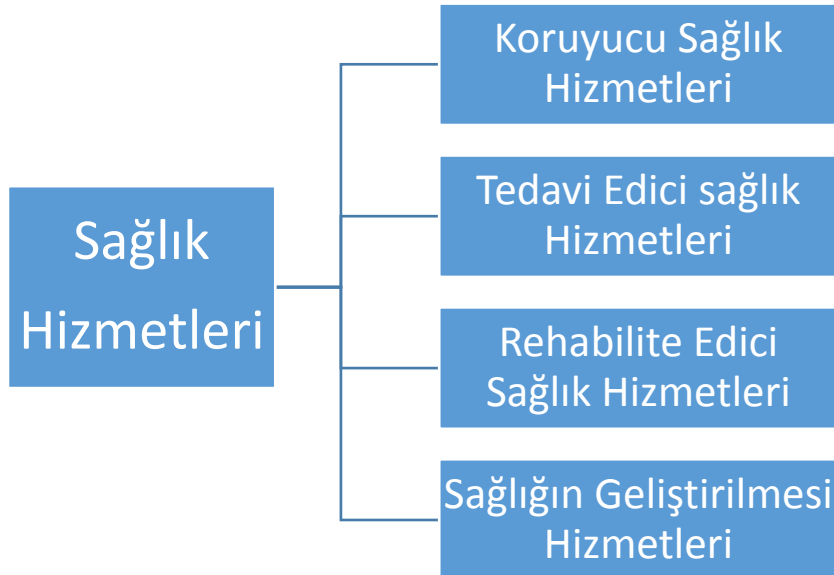
yöntemlerin uygulanması ile mümkündür. Sağlığın korunup geliştirilmesi, topluma davranışsal eğitim ve tıbbi bakım verilmesi sağlık hizmetleri ile sağlanmaktadır. Bu nedenle insan sağlığını koruma, iyileştirme ve geliştirmede sağlık hizmetlerinin önemi çok büyüktür.

2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunda sağlık hizmetleri, “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlanmaktadır.[8]

Genel olarak düşünüldüğünde sağlık hizmeti; toplum ve bireylerin sağlık düzeyini korumak, yükseltmek, geliştirmek ve sürdürülebilmek amacıyla; sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan bütün çalışmalar olarak nitelendirilebilir.[9]

Sağlık hizmetleri temel olarak dört farklı sınıftan oluşmaktadır.



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Bu sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni de aile hekimliğidir. Başlıca görevi birincil koruma ve tedavi edici hizmetler olan aile hekimliği, bütün sağlık hizmeti basamaklarında yer almaktadır.

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumu oluşmadan, bu durumları ortaya çıkartabilecek risklere karşı alınan önlemler bütünüdür. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde en önemli basamaklardan biridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bazı önemli özellikleri şunlardır[9];

- Tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur.
- Uygulanması daha kolaydır.
- Sunumunda fazla araç gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
- Diğer sağlık hizmetlerine göre daha düşük nitelikli sağlık personeli ile de etkin sonuçlar elde edilebilir.
- Kullanılan teknoloji basit dolayısı ile ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İşgücü kaybını asgariye indirir.
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur (sıtma eradikasyonunda bataklıkların kurutulması gibi).

Çevreye yönelik ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılır. Aşağıdaki şekilde koruyucu sağlık hizmetlerini veren birimler gösterilmiştir.

Çevreye Yönelik	Kişiye Yönelik
<ul style="list-style-type: none">• Çevre Sağlık Birimi• Halk Sağlığı Laboratuvarı• Aile Hekimliği• Gezici Sağlık Birimi• Okul Sağlığı• Hastane	<ul style="list-style-type: none">• Aile hekimliği• Ana Çocuk Sağlığı Merkezi• Sağlık Evi• Gezici Sağlık Birimi• Revir• Hastane

Şekil 2.2. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması ve Sunulduğu Merkezler

a. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çevreyi daha temiz ve düzenli hale getirerek sağlığın korunması ve geliştirilmesi sağlanır. Bu hizmetler sadece sağlık sektörünü değil diğer sektör ve meslekleri (Sağlık Bakanlığı Çevre Sağlığı, Belediyeler, Çevre Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı) de ilgilendirir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden bazıları;

- Temiz içme suyu ve kullanım suyu kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı/sıvı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- İş sağlığı,
- Radyolojik zararlıların denetimi,
- Konut sağlığı,

- Endüstri sağlığı,
- Radyasyonla savaş.

b. Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Başta birinci basamak sağlık kurumları tarafından birey ya da ailelere verilen hizmetlerdir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden bazıları:

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Kişisel hijyen.

Koruyucu hizmetlerinde aile hekimliği önemli bir yere sahiptir. Koruyucu hizmetlerinde aile hekiminin görevlerinden başlıcaları:

- ✓ Erken tanı (yenidoğan taramaları, kanser taramaları),
- ✓ Aşılama,
- ✓ İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
- ✓ Ana çocuk sağlığı izlemi,
- ✓ Aile planlaması hizmeti.

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine veya eski sağlık düzeylerinin üzerine ulaşmalarını sağlamak için verilen sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetleri denir. Tedavi edici sağlık hizmetleri hekim sorumluluğunda, diğer sağlık personelinin de katkıları ile sunulur. Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine göre en temel farkı tamamen kişiye yönelik olmasıdır. [9] Hizmet kapsamı esas alınarak tedavi edici sağlık hizmetleri şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

a. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri örgütlenmesinde, merkezi konumda bulunmaktadır. Ülkelerin sağlık sisteminin olmazsa olmaz parçası olan birinci basamak sağlık hizmeti tam anlamı ile kişilerin, çeşitli nedenlerle başvurduğu, sağlık problemlerini sunduğu, toplumun büyük bir kısmının tedavi edildiği, gereği durumunda ikinci ve üçüncü basamağa sevk edildiği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kurumunda üretilen sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir.[10] Birinci basamak tedavi hizmetleri;

- ✓ Toplum Sağlığı Merkezi (TSM),
- ✓ Aile Sağlığı Merkezi (ASM),
- ✓ Aile Hekimliği,
- ✓ Muayenehane Hekimliği,
- ✓ Dispanserler (Verem Savaş Dispanseri vb.) gibi merkezlerde verilir.

Birinci basamak tedavi edici hizmetlerinin büyük bir kısmı aile sağlığı merkezlerinde yürütülmektedir. Bu da aile hekimliğinin ve aile hekimliği saha uygulamasının birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerinde ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Uluslararası araştırmalar ve deneyimler, iyi eğitilmiş aile hekimlerinin çalıştığı etkili birinci basamağa (strong primary care)

sahip sağlık sistemi olan ũlkelerde, pasif bir birinci basamağa sahip olan ũlkelere göre hem ekonomik kazancın hem de klinik başarının daha yüksek olduğu daha etkin sağlık bakımı sağlandığını göstermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlam temeller ũzerine kurulduğu ve iyi bir organizasyon ile sistematize edildiği bir toplumda, sağlık sorunları büyük ölçüde çözümlenmiş demektir.[10]

b. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Orta lekli yataklı bir tedavi kuruluşunda(hastane), uzmanlar tarafından verilen tanı ve tedavi hizmetleridir. Bu hizmetler;

- ✓ İl Devlet Hastaneleri,
- ✓ İlçe Devlet Hastanelerinde verilir

c. ũnc Basamak Tedavi Hizmetleri: En ũst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı tedavi kurumlarında verilen tanı ve tedavi hizmetleridir.

- ✓ Eğitim ve Araştırma Hastaneleri,
- ✓ ũniversite Hastaneleri,
- ✓ Dal Hastaneleri (Gz, Göğüs, Kalp, Kemik hastalıkları Hastaneleri) 3. Basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık sonrası, sakatlık veya gszlk gibi nedenlerle, günlük yaşamını tek başına sürdüremeyen ve işgücü kaybına uğrayan hastalara verilen hizmetleri bu başlık altında toplanmaktadır. Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir.[9]

a. Tıbbi Rehabilitasyon: Hastalık ya da kaza sonucu oluşan sakatlık, organ kaybı ya da yitirilen çalışma gücünün kazandırılmasına yönelik tıp ve sağlık personelinin verilen hizmetlerdir.

- ✓ Fizik tedavi uygulamaları
- ✓ Protez takma ve destek cihazları sağlama
- ✓ Komplikasyonların iyileştirilmesi

b. Sosyal Rehabilitasyon: Sosyal çalışmacılar, psikologlar ve rehabilitasyona katkı veren diğer personel tarafından yürütülen hizmetlerdir.

- ✓ Uygun iş bulma, işe uyum sağlama,
- ✓ Bakım evlerinde sakat ya da yaşlılara bakım,
- ✓ Yaşlıların huzurevlerine yerleştirilmesi.

Hasta ve hastalık ayırt etmeyen, kapsamlı sağlık hizmeti sunucusu olan aile hekimi evde sağlık hizmetlerini yürüterek ve bakım evlerine ziyarette bulunarak rehabilitasyon hizmeti verebilmektedir.

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerdedir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumunun iyileştirilmesini, yaşam kalitesinin arttırılmasını ve yaşam süresinin uzatılmasını amaçlamaktadır.[9]

Aile hekiminin sorumlu olduğu nüfusu ile uzun süreli hasta-hekim ilişkisine bağlı olarak bir güven gelişir. Bu güven hasta sağlığının geliştirilmesi konusunda hekim tarafından verilen önerilere hastanın uyumunda büyük

öneme sahiptir. Bu nedenle aile hekimi sağlığın geliştirilmesi konusunda anahtar rol üstlenmektedir.

2.3. Aile Hekimliği

2.3.1. Aile Hekimliği Tanımı

Aile Hekimliği'nin tanımı, bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900'lu yılların başından itibaren Leeuwenhorst, Gay, Dünya Sağlık Örgütü ve Olesen tarafından geliştirilerek 2002 yılında WONCA tarafından günümüzdeki haline ulaştırılmıştır.[11]

İlk tanım 1974'te Leeuwenhorst tarafından şu şekilde yapılmıştır; "Genel Pratisyen; yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakóltesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilidiir. 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. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. 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. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla iş birliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu olduğunu kabul eder." [12]

Daha sonra 1991 de WONCA tarafından tanımlama yapılmıştır. "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. Genel pratisyen / aile hekimi, bakım arayan herkesi kabul eden bir genel tıp hekimi olarak işlev görür; buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyarlar. Genel pratisyen ya da aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük kısmını sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Genel pratisyen ya da aile hekimi, mesleki görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine ve hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre, doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir.”[13]

Olesen ise 2000 yılında aile hekimliğini şöyle tanımlamıştır; “Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunu (sorunları) için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Genel pratisyen, hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın bir toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin mevcut kaynaklarını hastalarının yararına olacak en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, medikal psikoloji ve medikal sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağaltım, bakım ve rahatsızlıkları hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.”[14]

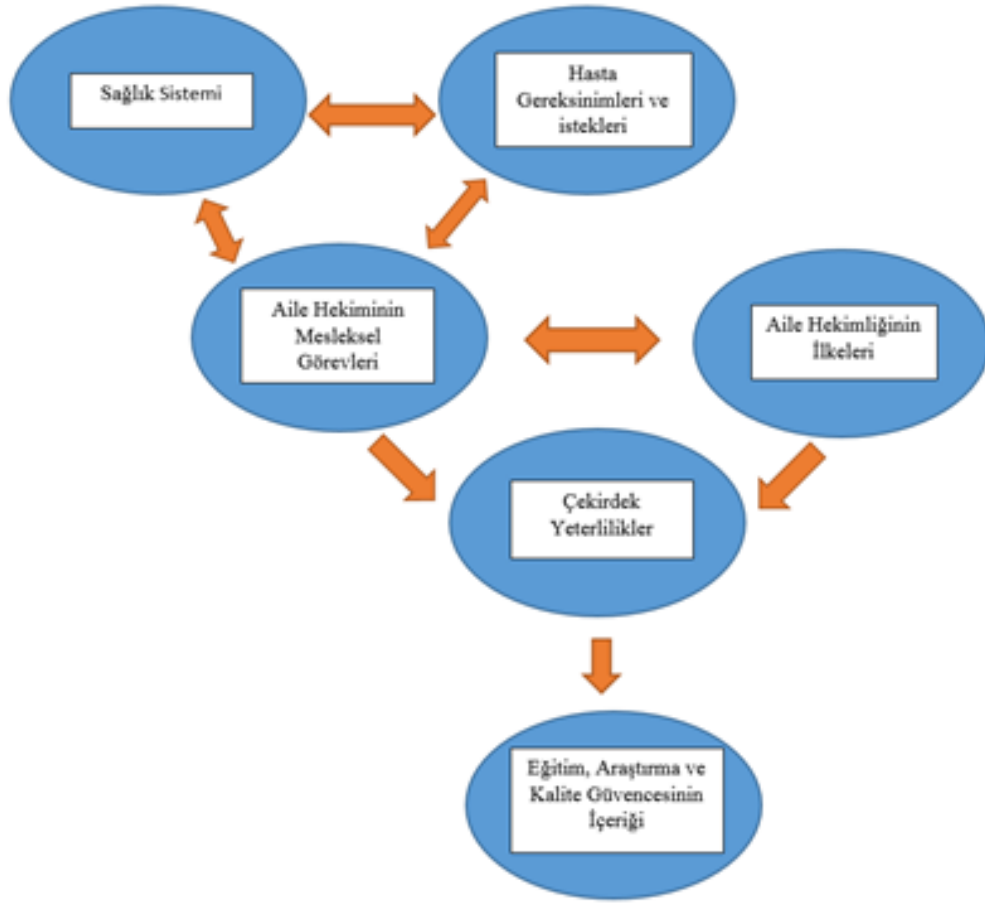
Bu tanımlamalarla Leeuwenhorst grubu ve Olesen ve ark. tarafından, aile hekiminin yapmak zorunda olduğu görevleri tanımlayarak disiplinin parametrelerini belirledi.

Alternatif bir yaklaşım ise, Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği disiplininin temel ilkelerini tanımlamaya çalışmaktır. Bu yaklaşım, Avrupa WONCA'nın 1995 yılında Strazburg'ta yapılan kuruluş toplantısındaki bir sunumda Gay

tarafından benimsenmiş ve ayrıca DSÖ Avrupa Bürosu tarafından geliştirilen belgede de kullanılmıştır.[3]

DSÖ Avrupa Bürosu tarafından tanımlanan özellikler, aile hekimliğinin sağlık sistemi içindeki hedefleri olarak gösterilebilir. Bu hedefler aile hekimliğinin sağlık sistemi içinde etkili olma kaygısını göstermektedir. Aile hekimliğinin tanımı, aile hekiminin çalıştığı ortamı hesaba katarak, hastaların değişen gereksinimlerini ve sağlık hizmeti sunumundaki gelişmeleri yansıtmak zorundadır.

Gay, ilkelerle görevler arasında bir ilişki bulunduğunu ve hem hastaların hem de sağlık sisteminin görevler üzerinde bazı etkilerinin olduğunu öne sürmüştür. Buradan hareketle bu ilişki, genel pratisyenlik eğitiminin içeriğini belirleyecek yeterliliklerin tanımlanmasına yol açmaktadır. Bu etkileşim Şekil 3'te yansıtılmıştır.[3] Bu yaklaşım, disiplinin temel ilkeleriyle aile hekimlerinin yapması gereken görevler arasındaki dinamik ilişkiyi göstermektedir. Görevler önemli ölçüde, aile hekimlerinin içinde çalıştığı sağlık sistemi ve hastaların değişen istek veya gereksinimleri tarafından belirlenmektedir.



Şekil 2.3. Aile Hekimliği Disiplini İlkeleri ile Aile Hekiminin Görevleri Arasındaki İlişki[3]

Aile Hekimliğinin WONCA tarafından yapılan en son tanımı; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.[3]

2.3.2. Aile Hekimliği Disiplini

Aile hekimleri, aile hekimliği disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitim almış hekimlerdir. Tıbbi bakım arayan her bireye yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunarlar. Aile Hekimleri mesleksi görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, tedavi ederek, rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Görevlerini yerine getirirken bireyleri aile, toplum ve kültürleri bağlamında düşünerek,

bireylerin bağımsız kişiliklerine saygı duyarak sağlık hizmeti veririler. Hastalıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, devam eden görüşmelerle oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak yaparlar. Hastayı fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri ile birlikte değerlendirirler.[15]

Aile hekimleri etkili ve güvenli hasta bakımını sürdürebilmek için becerilerini, kişisel denge ve değerlerini geliştirmelidir. Aile hekimliği disiplinin özelliklerini bilmek aile hekimine bu konuda en büyük yol gösterici olacaktır.

Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri

a. Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.

c. Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.

d. Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç, etkili bir iletişimle doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

e. Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

f. Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

g. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

h. Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

- i. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- j. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- k. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır. [3]

Aile Hekimliğinin Disiplin Özelliklerinin Açıklamaları

a) Normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir: "Normal olarak" deyimini, majör travma gibi bazı durumlarda ilk temas noktası olmayabileceğini belirtmek için kullanılmaktadır. Bununla birlikte aile hekimliği başka birçok durumda ilk temas noktası olmalıdır. Kişilerin aile hekimlerine ulaşmasında hiçbir engel bulunmamalı ve aile hekimleri genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek tüm hastalarla ve onların tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Hastaların istek ve gereksinimleriyle belirlenmiş oldukça geniş etkinliklerde bulunur. Bu bakış açısı disiplinin birçok yönünün belirginleşmesine yol açar ve bunların birey ve toplum sorunlarının yönetiminde kullanılması için fırsatlar yaratır.

b) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar: Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Bu eşgüdüm sağlama rolü, nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerinin anahtar özelliklerinden biri olan ve hastaların özel sorunları için en uygun sağlık çalışanını görmelerini sağlayan verimliliği (maliyet-etkin olma) oluşturur. Farklı hizmet sunucularının sentezi, bilginin uygun dağıtımı ve tedavi düzenlemeleri, eşgüdüm biriminin varlığına bağlıdır. Aile hekimi ancak yapısal koşullar izin verirse bu çok önemli görevi yerine getirebilir. Hastanın çevresinde tüm sağlık çalışanlarıyla bir ekip oluşturma hizmetin niteliğini artırır. Diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek aile hekimliği, ikinci basamaktaki yüksek teknoloji

hizmetlerine gereksinim duyanların bu hizmetlere uygun bir şekilde ulaşmalarını sağlar. Savunuculuk yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları korumak ve sağlık sisteminin karmaşıklığı içinde onlara kılavuzluk etmek, disiplinin temel görevidir.

c) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir: Aile hekimliği, kişisel olmayan patoloji ya da “olgularla” değil, insanlarla ve onların yaşadıkları ortamlarda oluşan sorunlarıyla ilgilenir. Sürecin başlama noktası hastadır. Hastanın kendi rahatsızlığına nasıl yaklaştığını ve onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalık sürecinin bizzat kendisiyle uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan kişidir.

d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır: Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Hasta ve aile hekimi arasında kurulan her temas, yavaş yavaş gelişen bir öyküye katkıda bulunur ve hastayla yapılan her bir görüşme önceki ortak deneyimin üzerine kurulur. Bu kişisel ilişki, aile hekiminin iletişim becerileriyle değer kazanır ve kendi başına iyileştirici bir nitelik taşır.

e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlamaktan sorumludur: Aile hekimliği yaklaşımı, doğumdan (bazen daha öncesinden) ölüme (bazen daha sonrasına) kadar sürmelidir. Aile hekimliği hastalarını tüm yaşamları boyunca izleyerek bakımın sürekliliğini sağlar. Hastanın tıbbi dosyası bu sürekliliğin açık kanıtıdır. Bu dosya, hasta görüşmelerinin nesnel belleği olmakla birlikte hasta ve hekimin ortak öyküsünün yalnızca bir parçasıdır. Aile hekimleri, yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok rahatsızlık sırasında hastalarına sağlık hizmeti sunar. Ayrıca, 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunmaktan ve bunu kişisel olarak yapamadığı durumlarda başkalarına devretmek ve koordine etmekten sorumludurlar.

f) Hastalıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır. Problemler, toplum ortamında çalışan aile

hekimlerine, ikinci basamakta olduğundan çok farklı bir şekilde sunulur. Hiçbir ön eleme olmadığı için rahatsızlıkların prevalans ve insidansı hastane ortamından farklıdır ve ciddi hastalıklar birinci basamakta hastanede olduğundan daha az sıklıkla görülür. Bu ise hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilerin kullanıldığı ve olasılığa dayalı özgün bir karar verme süreci gerektirir. Klinik bir belirtinin ya da tanısız bir testin olumlu ya da olumsuz kestirim değeri (negatif prediktif değeri), hastane ortamı ile kıyaslandığında aile hekimliğinde farklı bir öneme sahiptir.

g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir: Aile hekimliği bir hastanın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmek zorundadır. Kişinin yalnızca o günkü rahatsızlığının yönetimiyle kendini sınırlayamaz ve doktor sıklıkla çok sayıda sorunu yönetmek zorunda kalır. Hasta çoğunlukla yaşla birlikte artan sayıda çeşitli yakınmalar için doktora başvurur. Çeşitli isteklere aynı anda verilen yanıt, sorunların hem hastanın hem de doktorun öncelikleri dikkate alınarak hiyerarşik bir sırayla yönetilmesini zorunlu kılar.

h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir: Hasta sıklıkla semptomların henüz başlangıcında başvurur ve bu erken evrede tanı koymak güçtür. Bu tarz başvurunun anlamı, hasta için önemli kararların sınırlı bilgiler temelinde alınmak zorunda kalınması ve klinik bakı ve testlerin kestirim(prediktif) değerinin daha az kesin olmasıdır. Belli bir hastalığın belirtileri genelde çok iyi biliniyor olsa bile bu, sıklıkla özgül olmayan ve birçok hastalıkta benzer bir şekilde görülebilen erken belirtiler için geçerli değildir. Bu koşullar altında risk yönetimi disiplinin anahtar özelliğidir. Hemen ortaya çıkabilecek ciddi bir gelişme dışlandığında, ileri gelişmeleri bekleme ve daha sonra yeniden gözden geçirme kararı yerinde olabilir. Tek bir görüşmenin sonucu, sıklıkla bir ya da birkaç semptom düzeyinde kalabilir, bazen bir hastalık düşündürür ve seyrek olarak da kesin tanıya kadar gidebilir.

i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir: Girişimler uygun ve etkili olmalı ve olabilen her durumda sağlam kanıtlara

dayandırılmalıdır. Gereksinim olmadan yapılan girişimler zarara neden olabilir ve/veya değerli sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına yol açar.

j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir: Disiplin, sağlık konularında hem bireylere hem de topluma karşı bir sorumluluk taşıdığını kabul eder.

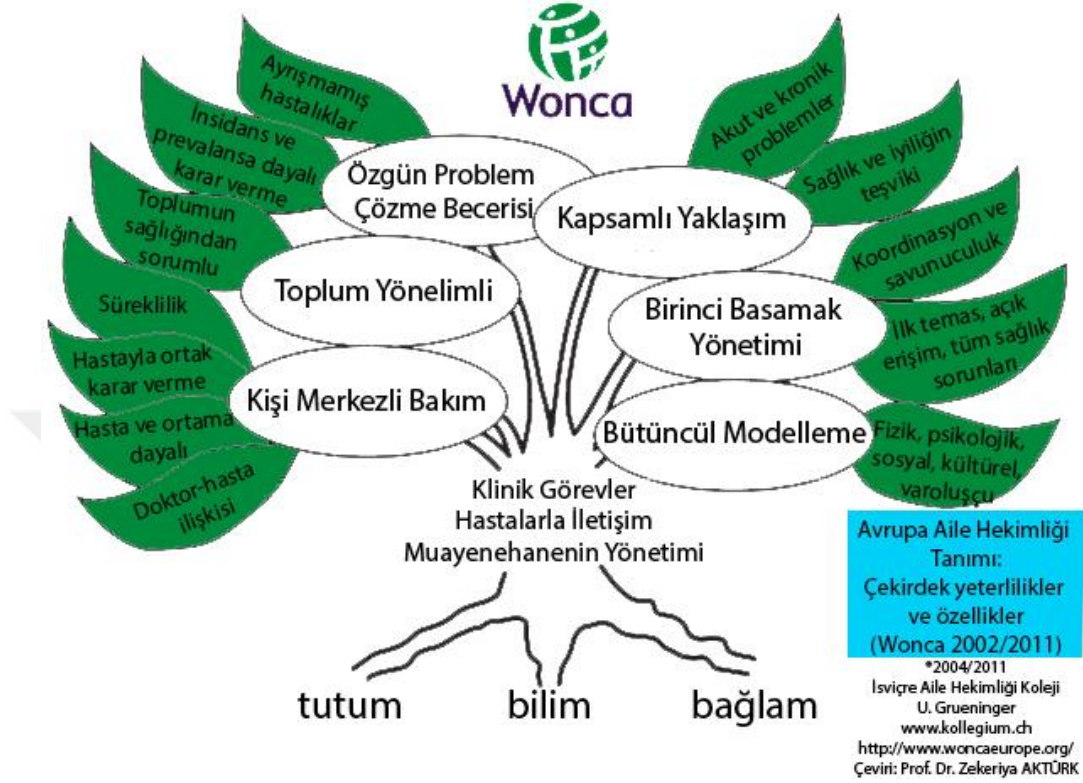
k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla ele alır: Disiplin tüm bu boyutları aynı anda tanımak, sorgulamak ve her birine gereken önemi vermek zorundadır. Bunların çoğu rahatsızlık davranışını ve hastalık kalıplarını değiştirir ve çoğu zaman hasta memnuniyetsizliğinin nedeni hasta için sorunun temelindeki nedeni dikkate almayan girişimlerdir.[3]

Aile Hekiminin Temel Yeterlikleri

Aile Hekimliği disiplininin tanımlanması doğrudan doğruya, aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliklere yol açmalıdır. Çekirdek sözcüğü, sağlık sistemine bakılmaksızın disiplin için zorunlu olan değerler anlamını taşımaktadır.[3] Disiplini tanımlayan daha önce de bahsedilen 11 temel özellik, her aile hekiminin ustalaşması gereken 11 yeteneği belirler. Bu yetenekler altı çekirdek yeterlikte toplanabilir:

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik ve çekirdek yeterlilikler WONCA ağacı adı altında toplanarak şu diyagram elde edilmiştir:



şekil 2.4. Aile hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler [3]

Aile hekimliği disiplini olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- Bağlamla ilgili: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- Tutumla ilgili: Doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme.

2002 yılında WONCA- AVRUPA bölgesi Aile Hekimliği disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özellikleri, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir.[16] Bu yetenekler, çekirdek yeterlilikler başlıkları altında aile hekimliğinin temel özelliklerinden oluşmaktadır. Bunlar;

1. Birinci basamak yönetimi

a) Hastalarla ilk teması yönetebilme,

b) Gerektiğinde hastanın savunuculuğunu üstlenerek ve birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve diğer uzmanların verdiği hizmetleri koordine ederek etkili ve uygun bir sağlık bakımı sunabilme.

2. Kişi merkezli bakım

c) Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,

d) Aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,

e) Bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlama.

3. Özgün problem çözme becerileri

f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalansı ve insidansı ile belirlenen özgün karar verme sürecini kullanabilme,

g) Erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış bir şekilde kendini gösterebilen durumları yönetebilme ve gerektiğinde ivedi girişimlerde bulunabilme.

4. Kapsamlı yaklaşım

h) Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilme,

i) Sađlđın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme.

5. Toplum yönelimli olma

j) Birey olarak hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımını açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

6. Bütüncül yaklaşım-modelleme

k) Kişilere yaklaşımda kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.

Aile hekimliğinin yetkin uygulayıcısı bu yeterlikleri klinik görevler, hastalarla iletişim ve uygulama merkezinin yönetimi konusunda göstermelidir. Aile hekimliğinde; temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişki disiplini tanımlar.

2.3.3. Türkiye’de Aile Hekimliği

25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde 3. maddede aile hekiminin tanımı şu şekilde yapılmaktadır: “*Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı 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 eğitimi alan uzman tabip veya tabiplerdir.*” Aynı yönetmelikte aile sağlığı merkezi “Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmıştır. [17]

2.3.4. Türkiye’de Aile Hekimliği Tarihçesi

Aile hekimliği kavramı, Türkiye’de ilk kez tüm dünya ile eş zamanlı olarak 1970’li yılların ortalarında gündeme gelmeye başlanmıştır. O dönemde sağlık ocağı hekiminin fonksiyonlarından biri olarak düşünölmüş, ayrı bir uzmanlık olması gerektiği düşünölmemiştir.[18]

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 sağlığı ve hastalıkları ile iç hastalıkları uzmanları için bir yıl dört ay olarak belirlenmiştir. 1984 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ilk Aile Hekimliği Anabilim Dalı kâğıt üzerinde kurulmuştur. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık eğitimine Ankara, İstanbul ve İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim hastanelerinde başlanmıştır. [18]

1992 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından Ankara’da “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Aile Hekimliği Eğitimi” düzenlendi.[19] 1993’te aile hekimliği taslak müfredat çalışmaları yapılmış ve ilk eğitici eğitimleri verilmiştir. Bilecik ilinin pilot bölge olarak öngörölüp, bu bölgede aile hekimliği uygulamalarına yönelik girişimler başlatılmıştır.[20]

16 Temmuz 1993 tarihinde "Yüksek Öğretim Kurulu" (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulması uygun görölmüştür. 17 Eylül 1993’te Trakya Üniversitesi’nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde aile hekimliği asistanlık eğitimine başlanmıştır. 1994 Yılında Sağlık Bakanlığı "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü" ve "Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü" tarafından Ankara’da, 1996 yılında Adana, Bursa ve İzmir’de "Aile Hekimliği Uygulama Merkezleri" açılmıştır. Sağlık Bakanlığı "Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" Nisan 1995’te "Aile Hekimliği Uzmanlık Müfredatı" nı yayınlamıştır. [20]

Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan Acil Eylem Planı'nda "Herkese Sağlık" başlığı altında yer alan temel hedeflerin açıklanmasıyla ve 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında halka duyurulması ile başlamakta ve günümüze kadar gelmektedir.[21] Bu hedefler içerisinde, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, aile hekimliğinin uygulamaya konulması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması, karar sürecinde etkili bilgiye erişim (sağlık bilgi sistemi), teşhis ve tedavi kurumları ile teşkilat yapısının yenilenmesi, etkili ve kademeli sevk sistemi şeklindeki hedefler ile birinci basamak sağlık hizmetlerine farklı bir yaklaşım gündeme getirilmiştir. Ülkemizde aile hekimliğinin uygulanması için 2004 yılında "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" geliştirilmiştir.[22] Daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından bazı illeri "pilot uygulama illeri" olarak belirlemiştir. Aile hekimliği uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır ve 2006 yılında 10 il de daha pilot uygulama ili olmuştur. Düzce ilinden sonra Eskişehir'de uygulama başlatılmış ve İzmir 'de devam edilmiştir. 2010 yılında Türkiye'nin tüm illeri aile hekimliği uygulamasına geçmiştir. Böylece ülkemizde bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri aracılığıyla verilmesi sağlanmıştır.[20]

Günümüzde Aile Hekimliği uzmanlık eğitime başlamak için Tıpta Uzmanlık Sınavına girerek üniversite hastanelerinde veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki bir uzmanlık eğitim programına yerleşmek gereklidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitim programı üç yıl olup; 15.11.2017'den itibaren Aile Hekimliğinde, dört ay İç Hastalıkları, dört ay Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, üç ay Kadın Hastalıkları ve Doğum, iki ay Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, bir ay acil tıp, bir ay Kardiyoloji, bir ay Göğüs Hastalıkları, bir ay deri ve zührevi hastalıkları ve bir ay nöroloji, fizik tedavi veya genel cerrahi rotasyonları olmak üzere 18 ayı kapsamaktadır. Diğer 18 ay Aile Hekimliği uyum eğitimi ve uygulaması şeklinde yürütülmektedir.[23]

2.3.5. Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, sağlık bakanlığınca yürütölen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürötmekle yükümlüdüür. Kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Aile hekiminin belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.[24]

- 1) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.
- 2) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- 3) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- 4) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- 5) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- 6) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- 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.

8) Genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında ve/veya Bakanlık ve Kurum tarafından yurütuln kampanyalar doğrultusunda bağışıklama hizmetleri aile hekimi tarafından yurütulr.

9) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yurütulmesi sırasında kişiye yonelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

10) Sağlık hizmetine ulaşımın zor olduğu belde, kuy, mezra, uzak mahalleler ve benzeri yerleşim yerleri iwin gezici sağlık hizmeti; cezaevi, uocuk ıslahevi, huzurevi, korunmaya muhta uocukların barındığı uocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi ozellik arz eden toplu yaşama alanlarından oluşan yerler iwin ise yerinde sağlık hizmeti vermek

11) 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 ucuucu basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

12) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

13) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

14) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını guncellemek.

15) Gerektiğinde hastayı gozlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

16) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gozlem ama uili yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

17) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye y6nelik d6zenlenmesi 6ng6r6len her t6rl6 sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri d6zenlemek.

18) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

19) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer g6revleri yapmak.

2.3.6. Aile Hekimliği Birimine Kişi Kaydı ve Aile Hekimi Seçimine İlişkin Esaslar

Kişilerin aile hekimlerine ilk kaydı, m6d6rl6k tarafından ikamet ettikleri b6lge g6z 6n6nde bulundurulurak yapılır. Yenidoğanlar ile hen6z n6fusa kayıtlı olmayan bebek ve çocuklar annelerinin kayıtlı olduğu aile hekimine kaydedilir. Her ile ve B6y6kşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezleri ayrı bir b6lgedir. Kişiler, aile hekimini b6lge sınırlaması olmaksızın serbestçe seğebilirler. Zorunlu haller dışında aile hekimini 6 aydan 6nce değiştirilemez. Aile bireyleri farklı aile hekimlerini seğebilirler. Aile hekimini değişikliği kişilerin yazılı talebi 6zerine hizmet almak istediği aile hekimince, ilgili toplum sağlığı merkezince veya elektronik ortamda (e-devlet, e-nabız) kendilerince yapılır.[24]

Sağlık hizmeti sunumu sırasında meydana gelen şiddet olayının adli veya m6lki idare makamlarınca verilen belgeyle belgelendirilmesi durumunda, aile hekimini veya aile sağlığı elemanına şiddet uygulayan kişinin m6d6rl6ke mevcut aile hekiminden kaydı silinir.[24]

S6rekli ikamet ettiği b6lgeden uzakta kalacak kişi veya geçici s6re ile T6rkiye'de ikamet edecek olan kişi, kendisine yakın konumdaki bir aile hekiminden misafir olarak sağlık hizmeti alır.[24]

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul Onayı ve İzinler

Bu araştırma projesi Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülüp 21.03.2019 tarihinde 56786525-050.04.04/21642 sayılı, 07/131 kararla onaylanmıştır (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer

Bu araştırma AÜTF Aile Hekimliği Polikliniklerinde 5 Mart 2019-5 Mayıs 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür

3.3. Araştırma Evreni

Araştırmanın evreni 5 Mart 2019-5 Mayıs 2019 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran, hasta veya sağlıklı olan 18-65 yaş kadın ve erkeklerden oluşmaktadır. Çalışma için katılım rica edilerek, kabul edenler arasından minimum örneklem sayısı tamamlanana kadar çalışmaya devam edilmiştir.

Araştırma kapsamında gerekli olan örneklem büyüklüğü referans çalışma temel alınarak hesaplanmıştır. Aile hekimini tanıma oranı sonuç değişkeni olarak alınmış, yapılan çalışma incelendiğinde bu oranın %74,8 olduğu görülmüştür.[25] Ankara Üniversitesi Hastaneleri Aile hekimliği polikliniklerine başvuran kişilerde bu oranın %82,5 olduğu varsayımı altında %80 güç ve $\alpha=0.05$ yanılma düzeyinde, G Power 3.1.9. 2 Paket programı kullanılarak gerekli örneklem büyüklüğünün 231 kişi olması gerektiği AÜTF Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma; AÜTF Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 313 yetişkinin sosyo-demografik özelliklerini, aile hekimliği uygulaması ile temasını, aile hekiminin görev ve yetkilerini bilme durumunu, aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve memnuniyetini sorgulayan 63 sorudan oluşan ankete verilen cevaplarla sınırlıdır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Araştırma kapsamında hastalara, sosyo-demografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, mesleği, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi), aile hekimliği uygulaması ile temasları(aile hekimini tanıma ve iletişim bilgilerinin bilme, aile hekimine gitme, aile hekimliği hizmetinden çeşitli şartlarda nasıl yararlanacağını bilme durumu), aile hekiminin görev ve yetkileri (hastalık taraması/takibi/tedavisi, verilen çeşitli sağlık hizmetleri ve sağlık raporları), aile hekimine gitme ve gitmeme nedenleri, aile hekiminden memnuniyetini sorgulayan 63 soruluk bir anket kullanılmıştır. Anket bilgilendirme formunda araştırmanın amaçları ve formun nasıl doldurulması gerektiği belirtilmiştir (Ek-2).

3.6. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS for Windows 11.5 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için medyan (minimum – maksimum), nominal değişkenler ise kişi sayısı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir.

Anket sorularının karşılaştırılmasında Pearson Ki –kare / Fisher's exact test kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin karşılaştırılmasında ise T test / Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

$p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

4. BULGULAR

Araştırma süresince AÜTF Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 492 yetişkin bireye anket formu anlatılarak doldurulması istendi. 8 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmedi. 484 katılımcıya anket formu verildi. Büyük bir çoğunluğunun(%80) sağlık çalışanı olduğu belirlenen 171 katılımcı, soruların tamamına cevap vermemesi ve anket formunu uygulayıcıya iade etmemesi nedeniyle çalışmaya dâhil edilmedi. Çalışma 313 katılımcı ile tamamlandı.

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Demografik Özellik	Gruplar	Sayı (N)	Yüzde (%)
Yaş	18-24 yaş	78	24,9
	25-44 yaş	161	51,4
	45-65 yaş	74	23,6
	Toplam	313	100,0
Cinsiyet	Kadın	187	59,7
	Erkek	126	40,3
	Toplam	313	100,0
Meslek	Sağlık Çalışanı	73	23,3
	Diğer Meslek	240	76,6
	Toplam	313	100,0
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	0	0
	İlkokul	10	3,2
	Ortaokul	16	5,1
	Lise	69	22,0
	Üniversite	185	59,1
	Yüksek Lisans/Doktora	33	10,5
	Toplam	313	100,0
Aylık Gelir Düzeyi	0-1000 TL	61	19,6
	1000-2200 TL	44	14,1
	2200-5000 TL	155	49,4
	5000 TL ve üzeri	53	17,0
	Toplam	313	100,0

Tablo 1’de çalışmamıza katılan katılımcıların demografik özellikleri verilmiştir. Yaş ortalaması $35,8 \pm 12,2$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %59,7’si

kadınken %40,3'ü erkek, %23,3'ü sağlık çalışanı olarak bulundu. Katılımcıların eğitim düzeyleri ise %3,2 ilkokul, %5,1 ortaokul, %22 lise, %59,1 üniversite, %10,5 yüksek lisans/doktora seviyesinde bulundu. Katılımcıların %19,6'sı 0-1000 TL aralığında, %14,1'i 1000-2200 TL aralığında, %49,4'ü 2200-5000 TL aralığında, %17'si ise 5000 TL ve üzeri aylık gelir beyan etti.

Tablo 4.2. Aile Hekimliği Uygulaması ve Aile Hekimiyle Temas

Sorular	Gruplar	Sayı (N)	Yüzde (%)
Aile Hekimini Tanıma Durumu	Evet	236	75,4
	Hayır	77	24,6
	Total	313	100,0
Bağlı Olunan Aile Hekimi	Aile Hekimliği Uzmanı	57	18,3
	Aile Hekimi	147	47,1
	Diğer Branş Uzmanı	5	1,6
	Bilmiyorum	104	33,0
	Total	313	100,0
AHU ve AH Arasında Yetki Ve Sorumluluk Farkını Bilme Durumu	Evet	118	37,7
	Hayır	27	8,6
	Fikrim yok	168	53,7
	Total	313	100,0
Son 1 Yılda Aile Hekimine Kaç Kez Gittiği	Hiç Gitmedim	103	32,9
	1 Kez	55	17,6
	1-5 Arası	115	36,7
	5-10 Arası	22	7,0
	10 Dan Fazla	12	3,8
	Hatırlamıyorum	6	1,9
	Total	313	100,0
Aile Hekiminin İletişim Bilgilerinin Bulunma Durumu	Evet	81	25,9
	Hayır	232	74,1
	Total	313	100,0
Aile Hekimine Mesai Saatleri İçinde Telefonla Ulaşılma Durumu	Evet	110	34,9
	Hayır	53	17,0
	Fikrim yok	150	47,8
	Total	313	100,0
Aile Hekimine Randevu Almak İçin Merkezi Randevu Numarası Bilme Durumu	182	118	37,7
	184	14	4,5
	Bilmiyorum	181	57,8
	Total	313	100,0
Randevu Almadan Aile Hekimine Muayene Olma Durumu	Evet	243	77,6
	Hayır	31	9,9
	Fikrim yok	39	12,5
	Total	313	100,0
Esnek Mesai Saatleri Uygulamasından Haberdar Olma Durumu	Evet	74	23,6
	Hayır	154	49,2
	Fikrim yok	85	27,2
	Total	313	100,0
Kayıtlı Olunan ASM'de Esnek Mesai Varlığı	Evet	34	10,9
	Hayır	45	14,4
	Fikrim yok	234	74,8
	Total	313	100,0

Tablo 2’de aile hekimliği uygulaması ile temas ve aile hekimi ile iletişim konusunda katılımcılara yöneltilen sorulara verilen cevaplar gösterilmiştir.

Katılımcıların %75,4’ aile hekimini tanıdığını, %24,6’sı ise aile hekimini tanımadığını ifade etmiştir. Katılımcı nüfusun %18,3’ünün aile hekimi uzman bir aile hekimi iken, %47,1’inin aile hekimi pratisyen hekimidir. Katılımcıların %1,6’sının aile hekimi ise farklı branşlarda uzmanlaşmış ancak daha sonradan aile hekimliğini seğmiş uzman hekimlerden oluşmaktadır. Bu soruya katılımcıların %33’ ise bilmiyorum şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcıların %37,7’si aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı arasında görev, sorumluluk ve yetki açısından fark olduğunu %8,6’sı ise bir fark olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %53,7’si ise bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %17,6’sı son bir yılda aile hekimine 1 kez başvurduğunu, %36,7’si 1-5 kez başvurduğunu, %7’si 5-10 kez başvurduğunu %3,8’i ise >10 kez başvurduğunu beyan etmiştir. Katılımcıların %9’u ise kaç kez başvurduğunu hatırlamamaktadır.

Katılımcıların %25,9’unda aile hekimlerinin iletişim bilgileri bulunurken %74,1’inde bulunmamaktadır. %34,9’u aile hekimine mesai saatleri içinde ulaşılabileceğini dşnyrken %17’si ulaşılamayacağını düşünmektedir. Katılımcıların %47,8’i ise bu konuda fikir sahibi değildir.

Hizmetlere ulaşım konusunda sorulan sorulara verilen yanıtlar ise şöyle olmuştur. Katılımcıların %37,7’si 182 numaralı telefondan randevu alınabileceğini işaretlerken %4,5’i 184 ten randevu alınabileceğini işaretlemiştir. Katılımcıların %57,8’i ise bu soruyu bilmiyorum şeklinde yanıtlanmıştır.

Katılımcıların %77,6'sı aile hekimine randevu almadan muayene olunabileceğini işaretlerken %9,9'u olunamayacağını işaretlemiştir, %12,5'i ise bu konuda fikrinin olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %23,6'sı esnek mesai uygulamasından haberdar iken %49,2'si haberdar değildir, %27,2'sinin ise bu konuda fikri yoktur. Katılımcıların %10,9'u bağlı bulunduğu ASM de esnek mesai uygulamasının olduğunu %14,4'ü olmadığını %74,8'i ise bu konuda fikrinin olmadığını beyan etmiştir.

Tablo 4.3. Aile Hekimini Seçme ve Değiştirme Hakkı

Sorular	Gruplar	Sayı (N)	Yüzde (%)
Aile hekimini seçme ve değiştirme hakkını bilme	Evet	222	70,9
	Hayır	14	4,5
	Fikrim yok	77	24,6
	Total	313	100,0
Aile hekimini nasıl değiştireceğini bilme	E-Nabız ile	56	25,1
	Aile Hekimine Dilekçe Vererek	113	50,7
	İl Sağlık Müdürlüğüne Başvuru	28	12,6
	E-Devletten Başvuru Yaparak	48	21,5
	Valilik ve Kaymakamlığa Başvuru	5	2,2
	Bilmiyorum	41	18,4
Aile bireylerinin farklı aile hekimini seçme hakkını bilme	Evet	150	47,9
	Hayır	35	11,2
	Fikrim yok	128	40,9
	Total	313	100,0

Katılımcılara aile hekimini seçme ve değiştirme konusunda anketimiz kapsamında sorular yöneltildi. Tablo 3'te bu sorulara verilen cevaplar verilmiştir. Aile hekimini seçme ve değiştirme hakkı olduğunu bilenler katılımcıların %70,9'udur. Böyle bir hakkı olmadığını düşünenler katılımcıların %4,5'ini, bu konuda fikri olmayanlar %24,6'sını oluşturmaktadır. Demografik özellikler ile aile hekimini seçme ve değiştirme hakkını bilme arasındaki ilişki

sorgulanmıştır. Yaş, cinsiyet ve meslekle arasında bir ilişki bulunmamıştır. Gelir ve eğitim düzeyi yüksek olan katılımcıların ise bu haklarını bilme oranı daha yüksektir ve bu ilişki anlamlıdır. ($p<0,01$)

Aile hekimini seçme ve değiştirme hakkı olduğunu bilenlere hangi yollarla aile hekimlerini değiştirebilecekleri soruldu. Bu soruda birden fazla şık işaretlenebildi. En yüksek oranda %50,7 ile aile hekimine dilekçe verilerek seçildi. Bunu sırasıyla %25,1 ile e-nabız, %21,5 e-devletten başvuru izledi. Katılımcıların %12,6'sı İl sağlık müdürlüğüne, %2,2'si ise valilik ve kaymakamlığa başvuru yolu ile değiştirme şıklarını işaretledi. %18,4'ü ise bu hakkını nasıl kullanacağını bilmemektedir. Aile bireylerinin farklı aile hekimini seçme hakkı olup olmadığı sorulduğunda %47,9 evet, %40,9 fikrim yok, %11,2 hayır cevabı alındı.

Tablo 4.4. Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi, Tutum, Davranış

	Gruplar	Sayı (N)	Yüzde(%)
Aile hekimine muayene olmanın ücretli olması	Evet	46	14,7
	Hayır	216	69,0
	Fikrim yok	51	16,3
	Total	313	100,0
Aile hekimi sevki ve doğrudan hastaneye başvurmak arasındaki ücret farkı	Evet	78	24,9
	Hayır	68	21,7
	Fikrim yok	167	53,4
	Total	313	100,0
ASM'deki sağlık personeline şiddet sonrası aile hekimliğinden kayıt silinmesi	Evet	69	22,0
	Hayır	30	9,6
	Fikrim yok	214	68,4
	Total	313	100,0
Bulunduğu bölge dışında aile hekimi hizmeti	Alamam	11	3,5
	Seyahat ettiğim bölgede misafir olarak alırım	253	80,8
	Fikrim yok	49	15,7
	Total	313	100,0
Aile hekimi izne ayrıldığında ne yapılması gerektiği	Aynı ASM'de başka hekime gitme	269	85,9
	Farklı ASM'ye gitme	5	1,6
	AH'nin izinden dönmelerini bekleme	3	1,0
	Başka sağlık kuruluşuna gitme	23	7,3
	Diğer	13	4,2
	Total	313	100,0
Aile hekimine kimliksiz başvurulma durumu	Evet	63	20,1
	Hayır	217	69,3
	Fikrim yok	33	10,5
	Total	313	100,0
Hasta gelmeden hastaya ilaç yazdırma	Evet	27	8,6
	Hayır	251	80,2
	Fikrim yok	35	11,2
	Total	313	100,0

Tablo 4'te katılımcılara aile hekimliği uygulamasının kullanımı ile ilgili sorular sorular ve yanıtlar gösterilmiştir. Katılımcıların %14,7'si aile hekimine muayene olmanın ücretli olduğu, %64'u ücretsiz olduğu şıklarını işaretledi. %16,3'ü ise bu konuda fikrinin olmadığını beyan etti. Katılımcıların %24,9'u aile hekimine başvurduktan sonra sevk edilmenin ücretinin başvurmadan sevk edilmekle farklı olduğunu %21,7'si ise fark olmadığını düşünmektedir. %53,4'ü ise bu konuda fikrim yok şikkını işaretlemiştir.

Katılımcıların %22'si ASM'deki şiddet olaylarından sonra aile hekimliğinden kaydının silineceğini düşünürken %21,7'si silinmeyeceğini düşünmektedir. %68,4'ün ise bu konuda bir fikri bulunmamaktadır. Demografik özellikler ile ASM de sağlık personeline şiddette bulunması halinde aile hekiminden kaydı silineceğini bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı araştırılmıştır. Kadın cinsiyet, 18-24 yaş, eğitim düzeyinin üniversite ve üzeri olması ve sağlık çalışanı olmak ile arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Gelir düzeyi etkilememektedir.

Katılımcıların %3,5'i bulunduğu bölge dışında aile hekimliği hizmeti alamayacağını düşünmekteyken, %80,8'i seyahat ettiği bölgede misafir olarak alınabileceğini düşünmektedir. %15,7'i ise bu konuda fikrinin olmadığını beyan etmiştir. Katılımcılara aile hekimi izindeyken aile hekimliği hizmetini nereden alabilecekleri sorulduğunda ise %15,7'si aynı ASM'de başka bir hekimden, %1,6'sı farklı bir ASM'den, %1'i aile hekiminin izinden döndüğü zaman, %7,3'ü başka bir sağlık kuruluşundan alınabileceği şeklinde yanıt vermiştir. Hastaların %4,2'si ise diğer şikkını işaretlemiştir.

Katılımcıların %20,1'i aile hekimine kimliksiz başvurabileceğini %69,3'ü başvuramayacağını, %10,5'i ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir. Kimliksiz başvurulmayacağını bilme ve demografik özellikler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların %8,6'sı muayeneye gelme de hastanın reçetesinin yazılabileceğini, %80,2'si yazılamayacağını %11,2'si ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir. Bu sorunun demografik özelliklerden sadece eğitim düzeyiyle arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.5. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

	Gruplar	Sayı (N)	Yüzde (%)
AH raporlu- raporsuz tüm ilaçları yazabilir mi?	Evet	50	16,0
	Hayır	203	64,9
	Fikrim yok	60	19,2
	Total	313	100,0
AH sizi ilgili bölüme sevk edebilir mi?	Evet	246	78,6
	Hayır	21	6,7
	Fikrim yok	46	14,7
	Total	313	100,0
AH tüm hastalıklarla ilgilenir mi?	Evet	87	27,8
	Hayır	171	54,6
	Fikrim yok	55	17,6
	Total	313	100,0
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin periyodik sağlık muayenelerini yapar mı?	Evet	176	56,1
	Hayır	46	14,7
	Fikrim yok	91	29,2
	Total	313	100,0
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunur, kişilerle iletişime geçer mi?	Evet	81	25,9
	Hayır	86	27,5
	Fikrim yok	146	46,6
	Total	313	100,0
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirip sağlık kayıtlarını günceller mi?	Evet	103	32,9
	Hayır	57	18,2
	Fikrim yok	153	48,9
	Total	313	100,0
Aile hekimi bebeklik ve çocukluk dönemi bağışıklaması yapar mı?	Evet	229	73,2
	Hayır	19	6,1
	Fikrim yok	65	20,8
	Total	313	100,0
Aile hekimi yeni doğan muayene ve taramalarını yapar mı?	Evet	185	59,1
	Hayır	26	8,3
	Fikrim yok	102	32,6
	Total	313	100,0
Aile hekimi obezite takibi ve tedavisi yapar mı?	Evet	104	33,2
	Hayır	49	15,7
	Fikrim yok	160	51,1
	Total	313	100,0
Aile hekimi sağlıklı diyet danışmanlığı verir mi?	Evet	77	24,6
	Hayır	64	20,4
	Fikrim yok	172	55,0
	Total	313	100,0
Aile hekimi tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele verir mi?	Evet	129	41,2
	Hayır	40	12,8
	Fikrim yok	144	46,0
	Total	313	100,0
Aile hekimi kan yoluyla ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların (HPV, HCV, HIV) erken tespitine yönelik testler yapar mı?	Evet	140	44,7
	Hayır	48	15,3
	Fikrim yok	125	39,9
	Total	313	100,0
Aile hekimi bağırsak kanser taraması yapar mı?	Evet	75	24,0
	Hayır	98	31,3
	Fikrim yok	140	44,7
	Total	313	100,0

Aile hekimi meme kanseri taraması yapar mı?	Evet	106	33,9
	Hayır	86	27,5
	Fikrim yok	121	38,7
	Total	313	100,0
Aile hekimi rahim ağzı kanseri taraması yapar mı?	Evet	104	33,2
	Hayır	78	24,9
	Fikrim yok	131	41,9
	Total	313	100,0
Aile hekimi kemik sağlığının korunmasını sağlar ve kemik erimesini önleyici önerilerde bulunur mu?	Evet	157	50,2
	Hayır	27	8,6
	Fikrim yok	129	41,2
	Total	313	100,0
Aile hekimi gebelerde gerekli muayene ve takipleri yapar mı?	Evet	193	61,7
	Hayır	33	10,5
	Fikrim yok	87	27,8
	Total	313	100,0
Aile hekimi erişkin aşılması yapar mı?	Evet	147	47,0
	Hayır	25	8,0
	Fikrim yok	141	45,0
	Total	313	100,0
Aile hekimi evlilik öncesi danışmanlık yapar ve evlilik raporu verir mi?	Evet	127	40,6
	Hayır	46	14,7
	Fikrim yok	140	44,7
	Total	313	100,0
Aile hekimliği uygulamasında enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı hizmetleri verilir mi?	Evet	245	78,3
	Hayır	15	4,8
	Fikrim yok	53	16,9
	Total	313	100,0
Aile hekimi askerlik muayenesi yapar mı?	Evet	78	24,9
	Hayır	85	27,2
	Fikrim yok	150	47,9
	Total	313	100,0
Aile hekimi verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi uygulamasını öğretir mi?	Evet	59	18,8
	Hayır	63	20,1
	Fikrim yok	191	61,0
	Total	313	100,0
Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, kalp hastalığı gibi) kronik hastalık izlem ve taramalarını yapar mı?	Evet	158	50,5
	Hayır	46	14,7
	Fikrim yok	109	34,8
	Total	313	100,0
Aile hekimi, evde takibi sorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar mı?	Evet	161	51,4
	Hayır	42	13,4
	Fikrim yok	110	35,1
	Total	313	100,0
Aile hekimi gezici sağlık hizmeti sağlar mı?	Evet	131	41,9
	Hayır	44	14,1
	Fikrim yok	138	44,1
	Total	313	100,0
Aile hekimi cezaevi, yaşlı bakımevi gibi yerlerde yerinde sağlık hizmeti verir mi?	Evet	93	29,7
	Hayır	40	12,8
	Fikrim yok	180	57,5
	Total	313	100,0
Aile hekimi ehliyet almaya uygunluk için sağlık raporu verir mi?	Evet	205	65,5
	Hayır	37	11,8
	Fikrim yok	71	22,7
	Total	313	100,0

	Total	313	100,0
Aile hekimi az tehlikeli iş yerinde çalışacak olanlara işe giriş raporu verir mi?	Evet	147	47,1
	Hayır	39	12,2
	Fikrim yok	127	40,7
	Total	313	100,0
Aile hekimi akli meleke raporu verir mi?	Evet	36	11,5
	Hayır	139	44,4
	Fikrim yok	138	44,1
	Total	313	100,0
Aile hekimi yivsiz av tüfeği raporu verir mi?	Evet	41	13,1
	Hayır	88	28,1
	Fikrim yok	184	58,8
	Total	313	100,0
Aile hekimi istirahat raporu verir mi?	Evet	271	86,6
	Hayır	9	2,9
	Fikrim yok	33	10,5
	Total	313	100,0
Aile hekimi sporcu lisansı raporu verir mi?	Evet	95	30,4
	Hayır	59	18,8
	Fikrim yok	159	50,8
	Total	313	100,0
Aile hekimliği uzmanı devamlı ilaç kullanımı için ilaç raporu çıkarabilir mi?	Evet	81	25,9
	Hayır	115	36,7
	Fikrim yok	117	37,4
	Total	313	100,0
Aile hekimi üreme sağlığı hizmeti (aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kısırlık gibi) verir mi?	Evet	146	46,6
	Hayır	33	10,5
	Fikrim yok	134	42,8
	Total	313	100,0
Aile hekimi adölesan ergen sağlığı hizmeti verir mi?	Evet	116	37,1
	Hayır	35	11,2
	Fikrim yok	162	51,8
	Total	313	100,0

Tablo 5'te çalışmamıza katılanlara aile hekiminin görev, yetki, sorumlulukları ve aile hekimliği uygulaması hakkında sorulan sorular verilmiştir. "Aile hekimi raporlu veya raporsuz bütün ilaçları reçete edebilir mi?" sorusuna katılımcıların %64,9'u hayır cevabını, %16,0'sı evet cevabını, %19,1'inin ise fikrim yok cevabını verdiği görülmüştür. Katılımcıların %78,6'sı aile hekiminin hastaları ilgili bölüme sevk edebileceğini düşünürken %6,7'si sevk edemeyeceğini düşünmektedir. Katılımcıların %27,8'i aile hekiminin tüm hastalıklarla ilgilenebileceğini düşünürken %54,6'sı ilgilenebileceğini düşünmektedir.

Katılımcıların %56,1'i aile hekiminin periyodik sağlık muayenesi yaptığını belirtirken %14,7'si buna katılmamaktadır. Katılımcıların %25,0'ı aile hekiminin kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için ev ziyaretinde

bulunması gerektiğini düşünürken %27,5'i böyle düşünmemektedir. Katılımcıların %32,9'u aile hekiminin kendisine kayıtlı nüfusu yılda en az 1 kez değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellediğini düşünürken %18,2'si buna katılmamaktadır.

Katılımcıların %73,2'si aile hekiminin bebeklik ve çocukluk dönemi aşılama yaptığını düşünürken %6,1'i bu şekilde düşünmemektedir. Katılımcıların %59,1'i aile hekiminin yeni doğan muayene ve taramasını yaptığını belirtirken %8,3'ü buna katılmamaktadır.

Aile hekiminin obezite takibini ve tedavisini yaptığını düşünenler katılımcıların %33,2'sini oluştururken, bu şekilde düşünmeyenler %15,7'idir. Katılımcıların %24,6'sı aile hekiminin sağlıklı diyet danışmanlığı verdiğini düşünürken %20,4'ü vermediğini düşünmektedir. Katılımcıların %41,2'si aile hekiminin tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele ettiğini düşünürken %12,8'i bunun aile hekiminin görevi olmadığını düşünmektedir.

Katılımcıların %44,7'si aile hekiminin kan yoluyla bulaşan hastalıklara yönelik testler yaptığını belirtirken %15,3'ü bunun aksi yönünde görüş belirtmiştir. Katılımcıların: %24,0'ı aile hekiminin bağırsak kanseri taraması yaptığını düşünürken, %31,3'ü yapmadığını düşünmektedir; 33,9'u meme kanseri taraması yaptığını düşünürken %27,5'i yapmadığını düşünmektedir; %33,2'si aile hekiminin rahim ağzı kanseri taraması yaptığını düşünürken %24,9'u yapmadığını düşünmektedir.

Katılımcıların %50,2'si aile hekiminin kemik sağlığının korunması ve kemik erimesinin engellenmesi konusunda sorumluluk sahibi olduğunu düşünürken %8,6'sı bu görüşe katılmamaktadır. Katılımcıların %61,7'si aile hekiminin gebe takibi yaptığını belirtirken %10,5'i buna katılmamaktadır. Katılımcıların %47,0'ı aile hekiminin erişkin aşılması yaptığını düşünürken %8,0'ı bu şekilde düşünmemektedir.

Katılımcıların %40,6'sı aile hekiminin evlilik öncesi danışmanlık yaptığını düşünürken %14,7'si yapmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %78,3'ü ASM 'de enjeksiyon pansuman ve yara bakımı hizmetleri verildiğini düşünürken %4,8'i bu şekilde düşünmemektedir. Katılımcıların %24,9'u aile hekiminin askerlik muayenesi yaptığını düşünürken %27,2'si yapmadığını düşünmektedir. Katılımcıların %18,8'i aile hekiminin verem hastalarına direk gözetimli ilaç tedavisi konusunda bilgi verdiğini belirtirken %20,1'i buna katılmamaktadır. Katılımcıların %50,5'i aile hekiminin kronik hastalık takibi yaptığını düşünürken %14,7'si aksi şekilde düşünmektedir.

Katılımcıların %51,4'ü aile hekiminin evde sağlık hizmeti verdiğini belirtirken %13,4'ü vermediğini belirtmektedir. Katılımcıların %41,9'u aile hekiminin gezici sağlık hizmeti sağladığını düşünürken %14,1'i bu şekilde düşünmemektedir. Katılımcıların %29,7'si aile hekiminin yerinde sağlık hizmeti verdiğini düşünürken %12,8'i buna katılmamaktadır.

Katılımcıların %65,5'i aile hekiminin ehliyet için sağlık raporu verebileceğini düşünürken %11,8'i buna katılmamaktadır. Katılımcıların %47,1'i aile hekiminin işe giriş raporu verebileceğini düşünürken %12,2'si veremeyeceğini düşünmektedir. Katılımcıların %11,5'i aile hekiminin akli meleke raporu verebildiğini düşünürken %44,4'ü veremeyeceğini düşünmektedir. Katılımcıların %13,1'i aile hekiminin yivsiz av tüfeği raporu verebildiğini belirtirken %28,1'i buna katılmamaktadır. Katılımcıların %86,6'sı aile hekiminin istirahat raporu verebileceğini belirtirken %2,9'u veremeyeceğini belirtmiştir. Katılımcıların %30,4'ü aile hekiminin sporcu lisansı için sağlık raporu verebileceğini düşünürken %18,8'i veremeyeceğini düşünmektedir.

Katılımcıların %46,6'sı aile hekiminin üreme sağlığı hizmeti verebileceğini düşünürken %10,5'i katılmamaktadır. Katılımcıların %37,1'i aile ergen sağlığı hizmeti verebileceğini belirtirken %11,2'si veremeyeceğini belirtmiştir.

Tablo 4.6. Aile Hekimliğine Gitme ve Gitmeme Nedenleri

	Gruplar	Sayı (N)	Yüzde (%)
Gitme Nedenleri	Konum itibariyle yakın olması	186	76,5
	Hekime güven duyma	88	36,2
	Küçük sağlık sorunlarını halledebilme	173	71,2
	Laboratuvar olanaklarının olması	54	22,2
	Pansuman, enjeksiyon yaptırmak	115	47,3
	Koruyucu hizmetler	22	9,1
	Aile planlaması	34	14,0
	Reçete yazdırmak	134	55,1
	Gebe takibi	38	15,6
	Bebek ve çocuk takibi	71	29,2
	Sağlık raporu	93	38,3
	Diğer	12	4,9
Gitmeme Nedenleri	Çalışma saatlerine uygun olmaması	33	47,1
	Laboratuvar olanaklarının yetersiz olması	15	21,4
	Nerede olduğunu bilmeme	9	12,9
	Aile hekimine güvenmeme	5	7,1
	Aile hekiminden hoşlanmama	4	5,7
	Diğer	28	40,0

Tablo 6’da aile hekimliğine gitme ve gitmeme nedenleri verilmiştir. Ankete katılan 313 kişi arasında 70(%22,4) kişinin bağlı olduğu aile hekimine hiç gitmediği, 243(%77,6) kişinin gittiği saptanmıştır. Gidenlerin gitme sebeplerine bakıldığında ilk sırada (%76,5) konum itibariyle yakın olduğu için tercih ettikleri saptanmıştır. Bunu küçük sağlık sorunlarına çözüm bulabilme (%71,2), reçete yazdırma (%55,1), pansuman/enjeksiyon yaptırmak (%47,3), sağlık raporu alma (%38,3), hekime güven duyma (%36,2) izlemektedir. Aile hekimine gitmeme nedenleri sorgulandığında ise aile hekimine gitmeyen katılımcıların %47,1’i çalışma saatlerine uygun olmadığı için, %40’ı diğer nedenlerle, %21,4’ü laboratuvar olanaklarının yetersiz olduğu için gitmediğini beyan etmiştir.

Tablo 4.7. Aile hekimliği Uygulaması ile İlgili Bilgi Sorularına Verilen Doğru Yanıt Yüzdeleri

Sayı (N)	Medyan(%)	Minimum(%)	Maximum(%)
313	44,90	4	96

Tablo 7’de aile hekimliği uygulaması ile ilgili bilgi sorularına verilen doğru yanıt yüzdeleri verilmiştir. Ankette aile hekimliği uygulaması ve aile hekiminin görev ve yetkileri ile ilgili, bilgi düzeyi ölçen 49 soru bulunmaktadır. Katılımcılar, bu 49 soru üzerinden kaç soruya doğru cevap verdiklerine bakılarak yüzde olarak değerlendirildi. Doğru yanıt yüzdeleri minimum %4, maksimum %96, medyan %44,90 olarak bulundu.

Tablo 4.8. Demografik Özellikler ile Doğru Yanıt Yüzdelerinin Karşılaştırılması

	Sayı (N)	Medyan (%)	Minimum (%)	Maximum (%)	
Yaş Grupları	18-24	78	44,90	4	94
	25-44	161	46,94	4	96
	45-65	74	40,82	4	84
	Total	313	44,90	4	96
Cinsiyet	Kadın	187	46,94	6	96
	Erkek	126	40,82	4	92
	Total	313	44,90	4	96
Meslek	Sağlık alışanı	73	59,18	6	96
	Diğer meslek	240	42,27	4	88
	Total	313	44,90	4	96
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve Lise Mezunu	95	38,78	4	82
	Üniversite ve Üzeri	218	46,94	4	96
	Total	313	44,90	4	96
Gelir Düzeyi	< 2200 TL	105	44,90	4	96
	≥ 2200 TL	208	44,90	4	96
	Total	313	44,90	4	96

Tablo 8’de katılımcıların demografik özellikleri ve aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. Yaş, cinsiyet ve gelir düzeyinin, bilgi sorularına doğru cevap verme yüzdeleriyle ilişkili olmadığı saptanmıştır. ($p>0,05$) Sağlık çalışanı olma ve eğitim düzeyinin üniversite ve üstü olması ise doğru yüzdesi ile ilişkili bulunmuştur. ($p<0,01$)

Tablo 4.9. Aile Hekimliğiyle Temas ile Doğru Yanıt Yüzdelerinin Karşılaştırılması

		Sayı (N)	Medyan (%)	Minimum (%)	Maximum (%)
Aile Hekimini Tanıma	Evet	236	46,94	4	96
	Hayır	77	36,73	4	94
	Total	313	44,90	4	96
Aile Hekiminin İletişim Bilgilerini Bulundurma	Evet	81	50,00	10	96
	Hayır	232	42,86	4	94
	Total	313	44,90	4	96
Son 1 Yılda Aile Hekimine Gitme Sayısı	Hiç	103	40,82	4	96
	1 kez	55	44,90	6	96
	1-5 kez	115	44,90	4	92
	5-10kez	22	55,10	10	86
	>10	12	51,53	27	86

Tablo 9’da aile hekimliğiyle temas ve doğru yanıt yüzdelerinin karşılaştırılması gösterilmiştir. Aile hekimini tanıyanlar, aile hekimini tanımayanlara göre aile hekimliği uygulaması ve aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluklarıyla ilgili sorulara daha yüksek oranda doğru cevap vermişlerdir. Bu ilişki anlamlıdır. ($p<0,05$) Aile hekimlerinin iletişim bilgilerini kayıtlı olarak bulunduran katılımcıların da doğru yanıt yüzdelerinin daha yüksek olup, bu ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p<0,01$)

Memnuniyet düzeyi ve doğru yüzdelerini karşılaştırdığımızda memnuniyet arttıkça doğru yüzdelerinin arttığı ($r=0,205$, $p<0,01$) görülmüştür. Yine aynı şekilde aile hekimine son 1 yılda gitme sayısı ve doğru yüzdesi

karşılaştırıldığında pozitif yönde bir ilişki ($r=,168$, $p<0,01$) bulunmuş, aile hekimine gitme sayısı arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığı görülmüştür.

Tablo 4.10. Aile Hekimliği ile Temasta Bulunanların Memnuniyet Düzeyleri

Memnuniyet puanı	Sayı (N)	Yüzde (%)
1	14	5,8
2	10	4,1
3	73	30,0
4	65	26,7
5	81	33,3
Total	243	100,0

Tablo 10'da aile hekimine giden katılımcıların(N=243) aile hekimliği uygulaması ile ilgili memnuniyet düzeyleri gösterilmiştir. 1 ve 5 arası puan verilmesi istenmiştir. 1 puan en düşük puan olurken en düşük memnuniyet düzeyini göstermektedir. 5 puan ise en yüksek puan olup en yüksek memnuniyet düzeyini göstermektedir. Medyan puan 4 olarak saptanmıştır. Memnuniyet düzeyi demografik özelliklerle karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 4.11. Memnuniyet Düzeyini Etkileyen Parametreler

		Sayı (N)	Medyan	Minimum	Maximum
Aile Hekiminin İletişim Bilgileri Bulunması	Evet	72	4,5	1,0	5,0
	Hayır	171	4,0	1,0	5,0
	Total	243	4,0	1,0	5,0
Aile Hekiminin Branşı	Aile Hekimliği Uzmanı	52	4,0	1,0	5,0
	Aile Hekimi	130	4,0	1,0	5,0
	Diğer Branş Uzmanı	3	5,0	4,0	5,0
	Bilmiyorum	57	3,0	1,0	5,0
	Total	242	4,0	1,0	5,0

Tablo 11’de memnuniyet düzeyini etkileyebilecek parametreler verilmiştir. Aile hekiminin iletişim bilgilerini bulunduran katılımcıların memnuniyet düzeyi daha yüksektir ve bu ilişki anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) Aile hekiminin branşı ve memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 4.12. Meslek ve Aile Hekimini Tanıma Oranı Karşılaştırılması

		Aile Hekimini Tanıma Durumu		
		Evet (N/%)	Hayır (N/%)	Total
Meslek	Sağlık Çalışanı	46 (%63,0)	27 (%37,0)	73 (%100,0)
	Diğer meslek	190 (%79,2)	50 (%20,8)	240 (%100,0)
Total		236 (%75,4)	77 (%24,6)	313 (%100,0)

Tablo 12’de katılımcıların demografik özellikleri ile aile hekimlerini tanıma oranlarının karşılaştırılması verilmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi demografik özellikler ile aile hekimini tanıma arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Meslek ve aile hekimini tanıma arasında anlamlı ilişki vardır. ($p<0,01$) Sağlık çalışanı olmayıp diğer meslek mensubu katılımcılar aile hekimlerini daha çok tanımaktadırlar.

Tablo 4.13. Meslek ve AH ile AHU Arasında Farkı Bilme Durumunu Karşılaştırma

		AH ve AHU Arasında Farkı Bilme Durumu			Total
		Evet (N/%)	Hayır (N/%)	Fikrim yok (N/%)	
Meslek	Sağlık Çalışanı	38 (%52,1)	10 (%13,7)	25 (%34,2)	73 (%100,0)
	Diğer meslek	80 (%33,3)	17 (%7,1)	143 (%59,6)	240 (%100,0)
Total		118 (%37,7)	27 (%8,6)	168 (%53,7)	313 (%100,0)

Aile hekimi ve aile hekimliği uzmanının yetki ve sorumluluk açısından farkı olduğunu bilme durumu, demografik özellikler ile karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin bu durumu etkilemediği görüldü. Fakat sağlık

çalışanları AH ve AHU arasında yetki ve sorumluluk açısından fark olduğunu diğer mesleklere göre daha çok bilmektedir, bu fark anlamlıdır. ($p<0,01$) Tablo 13'te katılımcıların meslekleri ile aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı arasındaki farkı bilme karşılaştırılmıştır.

Tablo 4.14. Eğitim Düzeyleri ve Yaş ile Aile Hekimine Gitme Nedenlerinin Karşılaştırılması

Gitme Nedenleri	Yaş Grupları			Eğitim Düzeyi	
	18-24	25-44	45-65	İlkokul ve Lise	Üniversite ve üzeri
Konum İtibariyle Yakın Olması	46 (%83,6)	103 (%78,0)	37 (%66,1)	54 (%73,0)	132 (%78,1)
Hekime Güven Duyma	20 (%36,4)	49 (%37,1)	19 (%33,9)	33 (%44,6)	55 (%32,5)
Küçük Sağlık Sorunlarını Halledebilme	39 (%70,9)	100 (%75,8)	34 (%60,7)	45 (%60,8)	128 (%75,7)
Laboratuvar Olanaklarının Olması	6 (%10,9)	37 (%28,0)	11 (%19,6)	11 (%14,9)	43 (%25,4)
Pansuman, Enjeksiyon yaptırmak	25 (%45,5)	67 (%50,8)	23 (%41,1)	34 (%45,9)	81 (%47,9)
Koruyucu Hizmetler	8 (%14,5)	11 (%8,3)	3 (%5,4)	4 (%5,4)	18 (%10,7)
Aile Planlaması	8 (%14,5)	21 (%15,9)	5 (%8,9)	12 (%16,2)	22 (%13,0)
Reçete Yazdırmak	32 (%58,2)	69 (%52,3)	33 (%58,9)	43 (%58,1)	91 (%53,8)
Gebe Takibi	6 (%10,9)	27 (%20,5)	5 (%8,9)	12 (%16,2)	26 (%15,4)
Bebek ve Çocuk Takibi	8 (%14,5)	54 (%40,9)	9 (%16,1)	21 (%28,4)	50 (%29,6)
Sağlık Raporu	29 (%52,7)	56 (%42,4)	8 (%14,3)	15 (%20,3)	78 (%46,2)
Diğer Nedenler	1 (%1,8)	7 (%5,3)	4 (%7,1)	6 (%8,1)	6 (%3,6)

Tablo 4.15. Gelir Düzeyi, Meslek ve Cinsiyet ile Aile Hekimine Gitme Nedenlerinin Karşılaştırılması

Gitme Nedenleri	Meslek		Cinsiyet		Gelir Düzeyi	
	Sağlık Çalışanı	Diğer Meslek	Kadın	Erkek	< 2200	≥ 2200
Konum İtibariyle Yakın Olması	38 (%73,1)	148 (%77,5)	111 (%77,1)	75 (%75,8)	64 (%80,0)	121 (%74,7)
Hekime Güven Duyma	14 (%26,9)	74 (%38,7)	54 (%37,5)	34 (%34,3)	30 (%37,5)	58 (%35,8)
Küçük Sağlık Sorunlarını Halledebilme	37 (%71,2)	136 (%71,2)	103 (%71,5)	70 (%70,7)	54 (%67,5)	118 (%72,8)
Laboratuvar Olanaklarının Olması	9 (%17,3)	45 (%23,6)	35 (%24,3)	19 (%19,2)	14 (%17,5)	40 (%24,7)
Pansuman, Enjeksiyon yaptırmak	21 (%40,4)	94 (%49,2)	68 (%47,2)	47 (%47,5)	35 (%43,8)	79 (%48,8)
Koruyucu Hizmetler	8 (%15,4)	14 (%7,3)	15 (%10,4)	7 (%7,1)	7 (%8,8)	15 (%9,3)
Aile Planlaması	7 (%13,5)	27 (%14,1)	21 (%14,6)	13 (%13,1)	10 (%12,5)	24 (%14,8)
Reçete Yazdırmak	35 (%67,3)	99 (%51,8)	83 (%57,6)	51 (%51,5)	44 (%55,0)	90 (%55,6)
Gebe Takibi	6 (%11,5)	32 (%16,8)	25 (%17,4)	13 (%13,1)	9 (%11,2)	29 (%17,9)
Bebek ve Çocuk Takibi	16 (%30,8)	55 (%28,8)	41 (%28,5)	30 (%30,3)	14 (%17,5)	56 (%34,6)
Sağlık Raporu	24 (%46,2)	69 (%36,1)	54 (%37,5)	39 (%39,4)	33 (%41,2)	59 (%36,4)
Diğer Nedenler	2 (%3,8)	10 (%5,2)	4 (%2,8)	8 (%8,1)	4 (%5,0)	8 (%4,9)

Tablo 4.16. Eğitim Düzeyleri ve Yaş ile Aile Hekimine Gitmeme Nedenlerinin Karşılaştırılması

Gitmeme Nedenleri	Yaş Grupları			Eğitim Düzeyi	
	18-24	25-44	45-65	İlkokul ve Lise	Üniversite ve üzeri
Çalışma Saatlerine Uygun Olmama	10 (%43,5)	16 (55,2)	7 (%38,9)	10 (%47,6)	23 (%46,9)
Laboratuvar Olanakları Yetersiz	4 (%17,4)	8 (%27,6)	3 (%16,7)	5 (%23,8)	10 (%20,4)
Nerede Olduğunu Bilmeme	5 (%21,7)	3 (%10,3)	1 (%5,6)	1 (%4,8)	8 (%16,3)
Hekime Güvenmeme	1 (%4,3)	2 (%6,9)	2 (%11,1)	2 (%9,5)	3 (%6,1)
Aile Hekiminden Hoşlanmama	1 (%4,3)	2 (%6,9)	1 (%5,6)	2 (%9,5)	2 (%4,1)
Diğer	13 (%56,5)	7 (%24,1)	8 (%44,4)	12 (%57,1)	16 (%32,7)

Tablo 4.17. Gelir Düzeyi, Meslek ve Cinsiyet ile Aile Hekimine Gitmeme Nedenlerinin Karşılaştırılması

Gitmeme Nedenleri	Meslek		Cinsiyet		Gelir Düzeyi	
	Sağlık Çalışanı	Diğer Meslek	Kadın	Erkek	< 2200	≥ 2200
Çalışma Saatlerine Uygun Olmama	13 (%61,9)	20 (%40,8)	21 (%48,8)	12 (%44,4)	11 (%44,0)	22 (%48,9)
Laboratuvar Olanakları Yetersiz	1 (%4,8)	14 (%28,6)	7 (%16,3)	8 (%29,6)	7 (%28,0)	8 (17,8)
Nerede Olduğunu Bilmeme	2 (%9,5)	7 (%14,3)	5 (%11,6)	4 (%14,8)	4 (%16,0)	5 (%11,1)
Hekime Güvenmeme	0 (%0)	5 (%10,2)	1 (%2,3)	4 (%14,8)	2 (%8,0)	3 (%6,7)
Aile Hekiminden Hoşlanmama	0 (%0)	4 (%8,2)	3 (%7,0)	1 (%3,7)	3 (%12,0)	1 (%2,2)
Diğer	9 (%42,9)	19 (%38,8)	20 (%46,5)	8 (%29,6)	14 (%56,0)	14 (%31,1)

Demografik özelliklere göre aile hekimine gitme ve gitmeme nedenleri Tablo 14-17'de verilmiştir. Demografik özellikler ve aile hekimine gitme veya gitmeme nedenleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

5.TARTIŞMA

2005 yılında Düzce ilinde pilot olarak başlayan aile hekimliği saha uygulaması, 2010 yılında tüm Türkiye'yi kapsamıştır. 2010 yılından günümüze kadar birinci basamak sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu aile hekimleri, aile hekimliği uzmanları ve aile sağliğı elemanları tarafından Aile Sağliğı Merkezlerinde verilmektedir. Saha uygulamasının başladığı günden bu yana hastaların ihtiyaçlarının gerektirdiği üzere hem yönetmeliklerde hem de aile hekimlerinin yetki, görev ve sorumluluklarında çeşitli değişiklikler yapılarak aile hekimine bağlı nüfusa sağlık hizmeti en iyi ve en doğru şekilde verilmeye çalışılmaktadır.

Kendisine bağlı bir nüfusu olan, yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin kesintisiz ve kişiye özel aynı zamanda toplum yönelimli bir sağlık hizmeti veren hekimlere aile hekimi denir. Aile hekimleri Aile Sağliğı Merkezlerine başvuran ve sağlık hizmeti talep eden hastalara tedavi edici hizmetlerin verilmesinin yanı sıra kendisine bağlı olan nüfusun periyodik sağlık muayenelerini yapmak ve sağliğını geliştirmekle de yükümlüdür. Dolayısıyla aile hekimleri bütüncül bir yaklaşım içinde kendisine bağlı olan nüfusun hasta olup olmamasından bağımsız olarak sağliğından sorumludur. Aile hekimleri hastalarıyla zaman içinde gelişen güvene bağlı güçlü bir ilişki kuran, toplum içerisinde özel bir yere sahip olan hekimlerdir.

Türkiye'deki aile hekimliği saha uygulamasının nispeten yeni olması nedeniyle toplumun aile hekimliği uygulamasından yeteri kadar faydalanamadığı ya da sağlık sorunları için ilk olarak aile hekimini tercih etmediği daha önceki çalışmalarda görülmektedir [25, 26]. Biz bu durumun halkın aile hekimliği uygulamasının işleyişi, aile hekiminin görev, yetki ve sorumluluğu hakkında yetersiz bilgi sahibi olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. 2010 yılından günümüze kadar geçen süreçte yapılan pek çok çalışma ile bizim çalışmamızda bulunan sonuçları karşılaştırarak halkın zaman içerisinde aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi ve tutumlarının nasıl geliştiği kısmen gözlemlenebilir. [25-27]

Çalışmamızda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran 18-65 yaş arası sağlıklı ve hasta gönüllülerin aile hekimliği ile ilgili bilgi düzeylerinin aynı zamanda tutum ve davranışlarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmamıza katılanların %59,7'si kadın %40,3'ü erkek olarak bulunmuştur. Bu bulgular Canpolat'ın çalışması [25] ile uyumludur. Bu bulgular ışığında aile hekimliği polikliniklerine ağırlıklı olarak kadınların başvurduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılanların %23,3'ü sağlık çalışanı, %76,7'si diğer mesleklerdendi. Çalışmamızda aile hekimini tanıma oranı %75,4 olarak bulundu. Yapılan istatistiksel analizlerde sağlık çalışanlarının %37'si aile hekimini tanımamaktadır. Bu durumun kaynağı sağlık çalışanlarının sağlık problemlerinin büyük bir kısmını çalıştıkları sağlık merkezinde çözmeleri olabilir. Elde edilen bu sonuçlar daha önce Canpolat'ın (2017) ve Çetinkaya ve arkadaşlarının (2013) çalışmaları ile benzerdir. [25, 27] Bu çalışmalardan sonra geçen süre göz önüne alındığında aile hekimini tanıma oranında anlamlı bir değişiklik olmadığı gözlenmektedir. Bu sonuçlar ışığında halkın aile hekimi ile temas konusunda istenen seviyede ilerleme kaydetmediği söylenebilir. Bu konuda ilerleme sağlanabilmesi için hem hizmet veren hem de kullanıcıların gereksinimlerinin göz önüne alınması, bu yönde iyileştirmelerin ve topluma yönelik bilgilendirmelerin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Katılımcıların %62,3'ü aile hekimliği uzmanı ile aile hekimi arasında fark olmadığını düşünmekte veya bu konuda fikrinin olmadığını beyan etmektedir. Ülkemizde yeni olan aile hekimliği saha uygulamasının hızlı bir şekilde başlatılabilmesi için pek çok pratisyen hekim uyum eğitimlerinden geçirilerek aile hekimliği yapma hakkı kazanmıştır. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasının daha etkin ve faydalı olması için sahada daha çok aile hekimliği uzmanının yer alması gereklidir. Aile hekimliği bölümlerine alınacak uzmanlık öğrencisi sayısının artırılmasının bu soruna çözüm getirebileceğini düşünmekteyiz.

Canpolat'ın 2017 yılındaki araştırmasında [25] aile hekimine hiç gitmeyen katılımcı oranı %45,5 iken bizim çalışmamızda bu oran %32,9 olarak bulunmuştur. Buradan hareketle halkımızın bir kısmının sağlık problemlerini çözmek için hala ilk olarak ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurduğunu söyleyebiliriz. Bu durumun önüne geçebilmek için ülkemizde sevk zincirinin uygulanması iyi bir çözüm önerisi olabilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapılan poliklinik başvurularının büyük bir kısmının aile hekimleri tarafından yönetilebilecek olan sağlık problemlerinden kaynaklandığı düşünülürse, sevk zinciri uygulaması hem sağlık harcamalarını düşürecek hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki iş yükünü azaltacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların ancak %25,9'unda aile hekiminin iletişim bilgileri mevcutken, %34,8'i mesai saatleri içerisinde aile hekimine telefonla ulaşılabileceğini düşünmektedir. Bu bize katılımcıların aile hekimleri ile iletişim konusunda henüz çok da iyi durumda olmadıklarını göstermektedir. Hastalar ancak aile hekimleri ile iletişim kurarsa güvene dayalı bir ilişki geliştirilebilmesi mümkün olacaktır.

Katılımcıların sadece %37,7'si aile hekimliği merkezi randevu numarasını, %77,6'sı aile hekimine randevu almadan muayene olunabileceğini bilmektedir. Bu da bize katılımcıların aile hekimine muayene olmak için randevu almaya gerek duymadığını göstermektedir. Ancak uygun bir periyodik muayene ve sağlık değerlendirilebilmesi için her hastaya uygun süre ayrılması gerekmektedir. Sahada hekime başvuru sayısının sınırının olmaması hekimin hastayı değerlendirme süresini kısaltmakta ve her bir ziyaretin etkinliğini azaltabilmektedir. Bu da aile hekimliği uygulamasının gerektiği şekilde yürütülmesine engel olabilir.

Katılımcıların %32,9'u son 1 yılda aile hekimine hiç başvurmamıştır. Bu oran Canpolat'ın çalışmasında [25] %45,5; Oyan'ın çalışmasında [26] ise %42,1 olarak bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında geçen 3 yıl içinde aile hekimine başvuru sıklığının arttığı sonucu çıkarılabilir. Katılımcıların %77,6'sı bağlı

bulunduğu aile hekimine daha önce en az bir defa başvurmuştur. Katılımcıların aile hekimine başvurma sebeplerinde birinci olarak konum itibari ile yakın olması (%76,5), ikinci olarak küçük sağlık sorunlarını çözebilmek (%71,2), üçüncü sebep ise reçete yazdırmak (%55,1) olarak bulunmuştur. Bu bulgular hem Canpolat'ın [25] hem Çetinkaya ve arkadaşlarının çalışmaları [27] ile uyumludur ve sağlık merkezini hastanın yaşadığı yerin yakınına taşımanın, hastanın ihtiyaçlarına cevap verdiği kanıt olabilir. Aynı zamanda hasta kendisine yakın konumdaki aile hekiminden sağlık sorunları konusunda yeterli ve etkin destek alırsa başka bir sağlık kuruluşunu tercih etmeyecek bu da 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularının iş yükünü azaltacaktır. Bununla beraber aile hekimliğinin temel özelliklerinden olan sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda halkın aile hekimini tercih etmediği sonucuna varılabilir. Bu aile hekimliği uygulamasının sac ayaklarından birinin eksik olması demektir. Bu konuda halkın eğitilmesi ve aile hekimine gitmeye teşvik edilmesi soruna çözüm getirebilir.

Katılımcıların aile hekimine gitmemesinde birinci sıradaki neden olarak mesai saatlerinin uygun olmaması (%47) görülmektedir. İkinci sırada laboratuvar olanaklarının yetersiz olması (%21), üçüncü sırada ise aile hekimliğinin nerede olduğunu bilmeme (%12) gelmektedir. Canpolat'ın çalışmasında [25] ise birinci sırayı yine mesai saatlerinin uygun olmaması alırken, ikinci sırada aile hekiminin nerede olduğunu bilmeme, üçüncü sırada ise laboratuvar olanaklarının yetersiz olması gelmektedir. Bu bulgular ışığında geçen zaman içerisinde aile hekimine başvurmama sebeplerine çözüm getirilemediği söylenilebilir.

Aile sağlığı merkezindeki esnek mesai uygulamasından katılımcıların yalnızca %23,6'sı haberdar iken %10,9'u kendi ASM'sinde esnek mesai uygulaması olduğunu belirtmiştir. Bu bize aile hekimliği uygulamasının işleyişi konusunda bilgi eksikliği olduğunu gösterebilir. Gitmeme sebeplerinin başında gelen mesai saatlerinin aile hekimliği çalışma saatleri ile uygun olmaması sorunu, esnek mesai uygulaması ile çözülmeye çalışılırken katılımcılar bu durumdan

haberdar değildir. Sosyal medya ya da kitlesel iletişim araçları aracılığıyla halkın bilgilendirilmesi bu sorunu ortadan kaldırabilir.

Aile hekiminin nerede olduğunu bilmemenin ise insanların iletişim ve bilgi kaynakları kullanımındaki bireysel eksikliklerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Katılımcıların %70,9'u aile hekimini seçme ve değiştirme hakkı olduğunu bilincindedir. Bu konuda yapılmış başka bir çalışmada [27] ise katılımcıların yaklaşık %80'i aile hekimini seçme ve değiştirme hakkı olduğunu biliyordu. Katılımcıların eğitim ve gelir düzeyleri arttıkça bu soruya doğru cevap verme yüzdelerinde artış görülmektedir. Bu haklarını nasıl kullanabilecekleri sorulduğunda ise hastaların yaklaşık olarak %20'si bu konuda bilgisi olmadığını beyan etmiştir. Bu bize hastaların hakları ve haklarını nasıl kullanacakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını gösterebilir.

Katılımcıların yalnızca %14,7'si aile hekimine muayene olmanın ücretli olduğunu düşünmektedir. Benzer şekilde başka bir çalışmada [25] da katılımcıların %24,9'u aile hekimine muayene olmanın ücretli olduğunu düşünmekteydi. 1 Şubat 2019 tarihli Resmî Gazete 'de yayımlanan Sağlık Uygulamaları Tebliği'nde konuya ilişkin "Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT 'un 1.4.3 numaralı maddesinde belirtilen sağlık kurumları/ kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde SUT 'un 1.8.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz." maddesi bulunmaktadır. [28] Bu sonuçlar bize aile hekimliği uygulamasının ücretlendirilmesi konusunda bilgi düzeyinin arttığını gösterebilir.

Katılımcıların %80,8'i bağlı bulunduğu aile hekimliği bölgesinin dışındayken ve %85,9'u bağlı bulunduğu aile hekimi izne ayrıldığında nasıl aile hekimliği hizmeti alacağını bilmektedir. 2017'de yapılan Canpolat'ın çalışması [25] ile karşılaştırıldığında bu sonuçlar ışığında hastaların aile hekimliği hizmetine ulaşım konusunda bilgi düzeylerinin arttığı söylenilebilir.

Katılımcıların %30'u hala aile hekimine kimliksiz başvuru yapılabileceğini, %20'si ise hastanın kendisi olmadan hastaya ilaç reçete edilebileceğini düşünmektedir. Bu düşünce aile hekimi ve hastası arasında kimi zaman fiziksel ve sözlü şiddete varabilecek derecede çatışmalara yol açabilmektedir. Sağlık Uygulama Tebliğinde konuyla ilgili "Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, kişilerin müracaatı aşamasında, acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra, nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapılması zorunludur. Kimlik tespiti, biyometrik kayıt işlemi veya biyometrik kimlik doğrulama işlemini usulüne uygun yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından ödenen tutar geri alınır." maddesi [28] bulunmaktadır. Doktor, hasta ve hasta yakınları, hastaneye gelmediği halde, hastane protokol defterine kaydedilmesi, görevi kötüye kullanma suçunu oluşturmaktadır. Türk Ceza Kanunu'nda görevi kötüye kullanmakla ilişkili "Madde 257- (1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." maddesi [29] bulunmaktadır. Sağlık bakanlığının bu konuda kamuyu bilgilendirici etkinlikler yapması ve kamu spotları yayımlaması aile hekimliği uygulamasının doğru işlemesi ve hekime yönelik sözlü/fiziksel şiddetin önlenmesi açısından yararlı olabilir.

Katılımcıların ancak %22'si ASM'de sözlü veya fiziksel şiddet uygulaması durumunda bağlı bulunduğu aile hekiminden kaydının silineceği bilgisine sahiptir. Bu da ne yazık ki bize sağlıkta şiddetin olağanlaştırıldığını göstermektedir. Gerekli yaptırımların uygulanması halinde sağlıkta şiddetin yaygınlaşmasının önüne geçilebilir.

Katılımcılara aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları ile alakalı olarak sorulan 49 soruya verilen ortalama doğru cevap yüzdesi %44,9 olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada [25] ise bu oran %59,1 olarak bulunmuştur.

Elbette bu farklılığın temelinde bu çalışmada [25] yalnızca sağlık çalışanlarına yer verilmesi de etkilidir. Bu sonuç bize halkın hala aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığına işaret edebilir. Katılımcıların erken tanı ve koruyucu sağlık hizmetlerinde aile hekiminin görevleri ile alakalı sorulara verdiği yanıtlar, genel tablo ile benzerlik göstermektedir. Örneğin “Aile hekimi kolon kanseri taraması yapar mı?” sorusuna katılımcıların %24’ü evet cevabı vermiştir. Meme kanseri ve serviks kanseri taraması yapar mı sorularına ise %33 oranında evet yanıtı alınmıştır. Bu da bize göstermektedir ki katılımcıların yaklaşık üçte ikisi aile hekiminin kanser taraması yaptığından habersizdir. Başka bir çalışmada [25] ise aile hekimlerinin kanser taramaları yapması konusundaki bilgi durumu %50’in altında bulunmuştur. Bu sonuçlar geçen süreç içerisinde halkın bu konuda yeteri kadar bilgilendirilmediğine işaret edebilir.

Aile hekiminin verebildiği sağlık raporları hakkında sorulan sorulara ise en sık kullanılan ve en sık verilen rapor olan istirahat raporu en fazla bilinen rapor türü olarak göze çarpmaktadır (%86,6). Ardından ehliyet için sağlık raporu gelmektedir (%65,5). Akli meleke ve yivsiz av tüfeği raporu ise %10-15 ile verildiği en az bilinen raporlardır. Bu durum bu iki raporun daha az talep edilen raporlar olmasından kaynaklanabilir. Diğer bir çalışmada [25] da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Aile hekimi kişinin ve ailesinin yaşam kalitesini, sağlık sorunlarını ve konut koşullarını yakından bilen, bu koşullara uygun hareket ederek koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunan hekimdir. Aile hekimliği uygulamasında aile hekiminin kendisine kayıtlı olan kişilere aile sağlığı elemanı ile birlikte ev ziyaretleri yapmasının toplumu yakından tanımaya ve hekimle aile sağlığı elemanına duyulan güvenin artmasına katkıda bulunacağı öngörülmektedir. [24] Manisa’da 2008’de aile sağlığı merkezinde yapılan bir çalışmada bağlı buldukları aile hekimliği birimi tarafından evde ziyaret edildiklerini belirtenlerin yüzdesi %40,6’dır. [30] Bizim, üniversite hastanesinde yaptığımız çalışmamızda ise “Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunur, kişilerle

iletişime geçer mi?” sorusuna %25,9 oranında evet cevabı verilmiştir. Bu bulgu yönetmelikte öngörülen ev ziyaretlerinin pratikte pek de uygulanmadığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Aile hekimine bağlanabilecek maksimum nüfus sayısı düşürülerek ev ziyaretlerinin pratikte uygulanabilirliği artırılabilir.

Öte yandan katılımcılar tarafından ASM’de enjeksiyon ve pansuman hizmetlerinin verilmesi (%78,3), gebe takibinin yapılması (%61,7), çocukluk dönemi aşularının yapılması (%73,2) gibi hizmetlerin verildiği yüksek oranlarda bilinmektedir. Çocukluk çağı aşularının uygulanması ve gebe takibi için hastalara ulaşılarak ASM’ye çağırılmaları bu durumun nedeni olabilir.

Katılımcılara aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları konusunda 49 soru yöneltilmiş olup doğru cevap yüzdeleri ve katılımcıların bazı özellikleri karşılaştırılmıştır. Eğitim düzeyi daha yüksek olan ve sağlık çalışanı olan katılımcıların doğru cevap yüzdesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu eğitim düzeyi ile aile hekimliği uygulaması konusundaki bilgi düzeyinin doğru orantılı olduğunu göstermektedir. Aile hekimini tanıyan ve iletişim bilgilerine sahip olan katılımcılar sorulara daha yüksek oranda doğru cevap vermiştir. Aynı zamanda aile hekimine son bir yıl içinde gitme sayısı arttıkça doğru yanıt yüzdesinde artış gözlenmektedir. Bu durum iki şekilde yorumlanabilir; aile hekimliği ile temas yoğunlaştıkça aile hekimliği uygulaması ile alakalı bilgi düzeyi artmaktadır ya da katılımcılar, bilgi düzeyleri arttıkça aile hekimliği uygulamasını kullanmakta daha istekli olmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda hastaların memnuniyetleri ve beklentileri doğrultusunda ortaya çıkacak gereksinimler takip edilerek bu gereksinimlere cevap verecek uygun çözümler geliştirmek gerekmektedir. Sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biri olan hasta memnuniyeti, hastaların istek ve beklentilerinin eksiksiz karşılanması olarak tanımlanabilir. [31-33] Çalışmamızda aile hekimliği ile ilgili memnuniyet düzeyi araştırılmıştır. Katılımcılara memnuniyet düzeylerini 1’den 5’e kadar puanlamaları istenmiştir. Katılımcıların aile hekimlerinden memnuniyet düzeyleri ortalama 4 olarak bulunmuştur. Bu bulgular benzer

çalışmalar [25-27] ile uyumludur. Daha önce yapılan pek çok çalışmada da aile hekimliği saha uygulamasına geçilmeden önce sağlık ocaklarında verilen hizmetle ilgili memnuniyet düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. [34, 35] Memnuniyet düzeyi ve doğru yanıt yüzdelerini karşılaştırdığımızda memnuniyet arttıkça doğru yanıt yüzdelerinin arttığı görülmüştür. Yine aynı şekilde aile hekimine son bir yılda gitme sayısı ve doğru yanıt yüzdesi karşılaştırıldığında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş, aile hekimine gitme sayısı arttıkça memnuniyet düzeyinin arttığı görülmüştür. Buradan aile hekimliği uygulaması ile olumlu temasta bulunanların sağlık sorunlarında aile hekimliğine daha çok başvurduğu sonucu çıkarılabilir. Bu nedenle hasta memnuniyeti ne kadar arttırılırsa birinci basamağa o kadar çok başvurulacak ve birinci basamak daha da güçlenecektir. Bununla beraber ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yükü de o denli azaltılabilecektir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde aile hekimliği saha uygulamasına bütün illerin geçişi 2010 yılında tamamlanmış olup bu tarihten günümüze kadar geçen süreçte Türk halkı aile hekimliği uygulaması konusunda kısmen bilgi sahibi olsa da aile hekimliği uygulamasından istenilen düzeyde faydalanamamaktadır. Birinci basamağın en önemli görevlerinden biri olan koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun aile hekimi tarafından yapıldığı halkımız tarafından yeterince bilinmemektedir. Toplumun büyük bir kısmı aile hekiminin yaptığı kanser taramalarından, periyodik muayenelerden haberdar değildir. Tüm dünyada birinci basamağın en önemli görevi koruyucu sağlık hizmetleri sunumu iken ülkemizde birinci basamağın halk tarafından kullanım amacı tamamen farklıdır. Çalışmamızda da görüldüğü üzere hastalar aile hekimliğini en çok küçük sağlık problemlerinin çözümü, reçete yazdırmak ve pansuman / enjeksiyon hizmetleri için kullanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının etkin ve doğru kullanımı açısından halkımız bu konuda eğitilmelidir. Aile hekimi sadece kendisine sağlık hizmeti için başvuran hastaların sağlığı ile değil, kendisine bağlı tüm nüfusun sağlığı ile ilgilenmektedir. Halkımız, periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar (kronik hastalık taramaları, kanser taramaları) konusunda eğitilmeli ve aile hekiminden bu hizmeti talep edebilir konuma gelmelidir.

Aile hekimlerinin sınırlandırma olmaksızın günlük ayaktan poliklinik başvurusu alması, kendine bağlı nüfusun periyodik muayenelerini ve sağlık taramalarını yapmaları konusunda bir engel olarak görülebilir. Aynı zamanda aile hekimine bağlı nüfusun yüksek olması da bu uygulamaların yapılmasında bir diğer zorlaştırıcı unsur olabilir. Bu durumun çözümü için aile hekimlerine günlük ayaktan poliklinik başvurusuna sınırlama getirilebilir ve günlük mecburi randevulu tarama / periyodik sağlık muayenesi hastası kotası konulabilir. Aynı zamanda sistemin sorunsuz çalışması için aile hekimine bağlı olabilecek maksimum nüfus sayısı azaltılabilir.

Çalışmamıza göre katılımcıların %32,9'unun son bir yılda aile hekimine başvurmadıkları görülmüştür. Bu oran katılımcıların sağlık problemleri

olduğunda doğrudan ikinci veya üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu göstermektedir. Dünya'da ve ülkemizde en sık karşılaşılan hastalıklar akut solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, diyabet ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi büyük bir çoğunluğunun aile hekimliği polikliniklerinde çözülebilecek olan hastalıklardır.[36, 37] Bunlar birinci basamak hekimliğinde rahatlıkla baş edilebilen durumlardır. Fakat bu hastalıklarla ikinci ve üçüncü basamağa başvurulduğu göz önüne alındığında kaynak israfı olduğu gözler önüne serilmektedir. Sevk zinciri sisteminin getirilmesi sınırlı kaynakların uygun şekilde kullanımı için doğru bir uygulama olabilir.[38] Aynı zamanda hastaların eğitilmesi ve aile hekimleri tarafından gerekli görüldüğü takdirde daha büyük bir sağlık kuruluşuna sevk edilmeleri pek çok gereksiz poliklinik başvurusunu engelleyebilir.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekimine gitmeme nedenlerinin en başında mesai saatlerinin uygun olmaması gelmektedir. Ancak ülkemizde aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri uygulanmakta ve bazı aile hekimleri mesai saatlerinin bitiminin ardından çalışmaya devam etmektedir. Bu uygulamanın amacı herkesin aile hekimine ulaşmasını sağlamaktır. Çalışmamızdaki bu veriler bize halkımızın bu konuda bilgi açığının olduğunu gösterebilir. Bu konuda kamu spotları, kısa mesaj servisleri, sosyal medya, broşür ve afişler aracılığıyla bilgilendirme yapılarak aile hekimliği uygulamasının etkinliğinin artması sağlanabilir.

Katılımcıların yalnızca %22'si ASM'de sözlü veya fiziksel şiddet uygulaması durumunda bağlı bulunduğu aile hekiminden kaydının silineceği bilgisine sahiptir. Bu da ne yazık ki bize sağlıkta şiddetin olağanlaştırıldığını göstermektedir. Ülkemizde sağlıkta şiddetin engellenmesi; gerekli yaptırımların uygulanması ve kanuni düzenlemelerin yapılması ile mümkün olabilir.

Çalışmamızın sonuçları genel olarak katılımcıların aile hekimliği uygulamasının işleyişi ve aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını bize göstermektedir. Ülkemizde birinci

basamak sağlık hizmetlerinin temel yapıtaşı olan aile hekimliğinin etkin ve doğru kullanımının sağlanması için hizmet alan halkın sistemin işleyişı ve özellikleri hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Halkımızın aile hekimliği uygulamasını daha etkin ve faydalı kullanması, büyük çoğunluğu ASM'lerde çözülebilecek olmasına rağmen aile hekimine başvurmaksızın yapılan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu başvurularını azaltabilir. Bu da hem ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yoğunluğunu azaltacak hem de sağlık giderlerini belirli oranda düşürecektir. Nitekim hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, geç komplikasyonların ortaya çıktığı dönemin tedavisine göre çok daha maliyet etkindir. Bu bağlamda halkımızın aile hekimliği uygulamasının işleyişı ve aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirilme ASM'lerde aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri tarafından, bağlı bulunan nüfusa yüz yüze bilgi verilerek yapılabilir. Aynı zamanda genel nüfusa kamu spotları, sosyal medya üzerinden tanıtıcı reklamlar, okullarda öğrencilere yapılan eğitici etkinlikler, tanıtıcı ve öğretici broşürler aracılığı ile de yapılabilir.

Tüm bu bilgiler ışığında ülkemizde aile hekimliği saha uygulamasının henüz istenen seviyede aktif ve etkin olmadığı söylenilebilir. Ancak unutulmamalıdır ki aile hekimliği saha uygulaması ülkemizde 2010 yılından beri tüm illerimizde yapılmaktadır. Önümüzdeki dönemlerde atılacak olan doğru adımlar ülkemizde aile hekimliği saha uygulamasının istenen noktaya gelmesini sağlayabilir.

ÖZET

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Giriş ve Amaç: Aile hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimliği saha uygulaması ülkemizde ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır ve 2010 yılında Türkiye'nin tüm illeri aile hekimliği saha uygulamasına geçmiştir. Böylece ülkemizde bireysel koruyucu sağlık hizmeti ile birinci basamaktaki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri aracılığıyla verilmesi sağlanmıştır. Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışma olarak planlanan araştırmamız 5 Mart 2019-5 Mayıs 2019 tarihleri arasında AÜTF Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran 313 gönüllü ile yürütülmüştür. Araştırma kapsamında hastalara, sosyo-demografik özelliklerini, aile hekimliği ile temaslarını, aile hekiminin görev ve yetkilerini, aile hekimine gitme ve gitmeme nedenlerini, aile hekiminden memnuniyetlerini sorgulayan 63 soruluk bir anket uygulanmıştır. Verilerin analizi "SPSS for Windows 11.5" programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama \pm standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için medyan (minimum – maksimum), nominal değişkenler ise kişi sayısı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Anket sorularının karşılaştırılmasında "Pearson Ki –kare" / "Fisher's exact" test kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen verilerin karşılaştırılmasında ise "T test" / "Mann-Whitney U" testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması $35,8 \pm 12,2$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %59,7'si kadinken %40,3'ü erkek, %23,3'ü sağlık çalışanıdır. Eğitim düzeylerinin ise %30,3'ü lise ve altı %69,7'si üniversite ve üstü olduğu görülmüştür. Katılımcıların %75,4'ü aile hekimini tanıdığını, %25,9'u aile hekimlerinin iletişim bilgilerini bulundurduğunu söylerken %32,9'u son 1 yılda aile hekimine hiç başvurmadığını belirtmektedir. Çalışmamıza katılanların %23,6'sı esnek mesai uygulamasından haberdardır. Katılımcıların %22'si ASM'deki şiddet olaylarından sonra aile hekimliğinden kaydının silineceğini düşünürken, %68,4'ünün ise bu konuda bir fikri bulunmamaktadır. Katılımcılara aile hekiminin görev, sorumluluk ve yetkileri ile alakalı olarak sorulan 49 soruya verilen ortalama doğru cevap yüzdesi %44,9 olarak bulunmuştur. Ankete katılan 313 kişi arasında %22,4'ünün bağlı olduğu aile hekimine hiç gitmediği saptanmıştır. Aile hekimine gitmeme nedenleri sorgulandığında %47,1'i çalışma saatlerine uygun olmadığı için, %21,4'ü laboratuvar olanaklarının yetersiz olduğu için gitmediği görülmüştür. Gidenlerin gitme sebeplerine bakıldığında ilk sırada (%76,5) konum itibarıyla yakın olduğu için tercih ettikleri saptanmıştır. Bunu küçük sağlık sorunlarına çözüm bulabilme (%71,2), reçete yazdırma (%55,1), pansuman/enjeksiyon yaptırma (%47,3) izlemektedir. Aile hekimine giden katılımcılara aile hekimliği uygulaması ile ilgili memnuniyet düzeyleri sorulmuştur. 1 ve 5 arası puan verilmesi istenmiştir. Medyan puan 4 olarak saptanmıştır. Aile hekimine başvuru sayısı ile memnuniyet düzeyi ve aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları ile alakalı sorulara verilen doğru yanıt yüzdeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları genel olarak katılımcıların aile hekimliği uygulamasının işleyişi ve aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığını bize göstermektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel yapıtaşı olan aile hekimliğinin etkin ve doğru kullanımının sağlanması için hizmet alan halkın uygulamanın işleyişi ve özellikleri hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Halkımızın aile hekimliği uygulamasını daha etkin ve faydalı kullanması, büyük çoğunluğu ASM'lerde

çözölebilecek olmasına rağmen aile hekimine başvurmaksızın yapılan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşu başvurularını azaltacaktır. Bu da hem ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının yoğunluğunu azaltabilir hem de sağlık giderlerini belirli oranda düşürebilir. Katılımcılar aile hekiminin verdiği koruyucu sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Nitekim hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, geç komplikasyonların ortaya çıktığı dönemin tedavisine göre çok daha maliyet etkindir. Bu bağlamda halkımızın aile hekimliği uygulamasının işleyişi ve aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirilme ASM'lerde aile sağlığı elemanları ve aile hekimleri tarafından bağlı bulunan nüfusa yüz yüze bilgi verilerek yapılabilir. Aynı zamanda genel nüfusa kamu spotları, sosyal medya üzerinden tanıtıcı reklamlar, okullarda öğrencilere yapılan eğitici etkinlikler, tanıtıcı ve öğretici broşürler aracılığı ile yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, bilgi düzeyi, memnuniyet, aile hekiminin görev ve yetkileri

ABSTRACT

The Knowledge Level Of Adult Patients Who Applied Ankara University School of Medicine, Outpatient Clinics of Family Medicine on Family Medicine Practice

Introduction and Aim: General practice/family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care. Family medicine practice in our country started at Düzce province at 2005 and in 2010 all of the provinces of Turkey completed the changeover to family medicine practice. In this way family physicians provide individual preventive health care services and diagnostic, treatment and rehabilitation services at primary health care. The aim of the study is to determine the knowledge of adult patients who applied outpatient clinics of Family Medicine at Ankara University School of Medicine on implementation of family medicine and family medicine practice in Turkey.

Material and Method: This is a descriptive, cross-sectional study included 313 adult patients who applied family medicine out patient clinics of Ankara University School of Medicine between 5 March 2019 – 5 May 2019. As part of our study we gave a questionnaire to our participants. Questionnaires consisted of 63 questions, developed by researchers, were conducted to assess socio-demographic characteristics of the patients, connection of family medicine system, participants knowledge about authorisation, duties and responsibilities of family physicians, reasons of apply or not apply to family physicians, participant's satisfaction from family physicians. Statistical analysis was performed with the "SPSS for Windows 11.5" . Descriptive statistics for variables who have normal distribution showed with mean value \pm standart deviation, variables who don't have normal distribution showed with median value (minimum value-maximum value) and the nominal variables showed with number of person and percentage. At the comparison of the questions we used "Fisher's exact test" and "Pearson's chi square test". At the comparison of the

measurement outcomes we used “T- Test” and “Mann- Whitney U Test”. $p < 0,05$ was considered statistically significant.

Results: 313 participants, mean age $35,8 \pm 12,2$, %50,3 female and %49,7 male were included in study. %23,3 of participants was health professionals. The educational level of participants was; %30,3 high school or lower , %69,7 university or higher. %75,4 of participants were knew their family physicians , %25,9 knows their family physicians communication number, %32,9 didn't applied to family physician in last year. Only %23,6 of the participants knew about flexible working hours. %22 of the participants thought that after an act of violence their registration at family health center (FHC) will be deleted and %68,4 didn't have an opinion about this. Median true answer percentages to the questions about the authorizations, duties and responsibilities of family physicians were %44,9. %22,4 of participants never consulted their family physicians. When we asked participants about the reasons of not consulting to a family physician first answer was inappropriate working hours (%47,1) and second was insufficient laboratory tests (%21,4). Reasons to consult were: FHCs being geographically close to their homes (76,5), solve minimal health problems (%71,2) and medical dressing and injection (%47,3). We asked about satisfaction level from their family physicians to participants who apply to their family physicians and told them give 1-5 points to their satisfaction. Median value was 4. Number of consultation and participants right answers on authorizations, duties and responsibilities of family physicians provided statistically significant difference on satisfaction from family physicians.

Conclusion: Our study results show us that knowledge about family medicine system and family medicine practice in Turkey was generally insufficient. Accurate and effective use of family medicine system requires that people who will use family medicine system should have knowledge about system and authorizations, duties and responsibilities of family physicians. If people use family medicine system more accurately and effectively, it will prevent unnecessary consultations to secondary and tertiary health care centers and lower the costs of health care and patient intensity of secondary and tertiary

health care centers. It could be only possible when people have enough knowledge about family medicine system and authorizations, duties and responsibilities of family physicians. People can be informed face to face at FHCs by their family physicians. Also government could give public service advertisements through TV or social media. Students can be educated about this subject by educational activities and people could be informed by distributing introductive and informative brochures.

Keywords: Family medicine, knowledge level, satisfaction, duties and authorizations of family physicians.



KAYNAKLAR

1. Akdeniz M, Urgan M, Yaman H. Türkiye'de bir Tıp Disiplini olarak Aile Hekimliğinin Gelişimi. Gerofam 2010;1(1):29-40
2. Rakel RE, Rakel DP. Textbook of Family Medicine E-Book. Ninth Edition. Elsevier Health Sciences. 2016. s:4-5
3. Allen J, et al. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. WONCA Europe. 2011. s:8-29
4. Sancaktar Ö. Uzmanlık Programlarıyla İlgili Gelişmelerin Aile Hekimliği Asistanlarının Kendi Eğitimlerine Bakışları ve Gelecekle İlgili Beklentileri Üzerine Etkisi. Aydın–2013 (Tıpta Uzmanlık Tezi).
5. Akdur R. Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara, 1999. S:2-27
6. World Health Organization. WHO Remains Firmly Committed to The Principles Set Out in The Preamble to The Constitution. 2003. Erişim adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (Erişim Tarihi:24.03.2019)
7. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa. 21 November 1986.
8. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. T.C. Resmî Gazete. (10705, 12.01.1961).
9. Tengilimoğlu D, Akbolat M, Işık O. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yay. Ankara 2014. ISBN: 9786051331843
10. Ayhan Başer D, et al. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Medical Journal. 2015;15(1):26-31.

11. Güldal D, et al. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta Mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012;16(3):107-112.
12. Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Netherlands-1974.
13. Bentsen B, et al. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health-Care Systems: a Statement From Wonca. 1991.
14. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice—Time for a New Definition BMJ. 2000;320(7231):354-357.
15. Parlak A, Özenç S, Arslan E, Aile Hekimliği Disiplini. Erişim adresi: <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1567.pdf> (Erişim Tarihi:25.03.2019)
16. Ungan M, Ceyhun Peker GC. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Dergisi. 2006;1(1):1-6.
17. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete. (27801, 30.12.2010).
18. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye'de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2004;7(3):249-275.
19. Ünlüoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi. 2004;9(6):5-9.
20. Kantarcı Y. Aile Hekimliği Uygulamasının Hasta Sağlığı Üzerine Etkisi: Nurdağı Aile Sağlığı Merkezi Örneği. Kahramanmaraş-2015 (Yüksek Lisans Tezi)
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2008. ISBN:978-975-590-273-9

22. T.C.Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Ankara-2004.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı-TUK. Aile Hekimliği Çekirdek Müfredatı. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi. Ankara-2017.
24. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. (28539, 25.01.2013)
25. Kurt Canpolat E. Hastanemiz Sağlık Çalışanlarının Aile Hekimliği ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. İstanbul-2017(Tıpta Uzmanlık Tezi)
26. Köroğlu Oyan N. Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili Bilgi Ve Düşünceleri. İstanbul-2013 (Tıpta Uzmanlık Tezi)
27. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(4):417-424
28. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Resmî Gazete. (30673, 01.02.2019).
29. Türk Ceza Kanunu. Resmî Gazete. (25611, 12/10/2004).
30. Bambal Ö, Et al. Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Bazı Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2010;8(3):176-190.
31. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi. 2010. ISBN: 9757351512

32. Kaya S. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme. Pelikan yayınları. 2005. ISBN: 9789758778706
33. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001;5 (2):69-74.
34. Erkan Kapaklı, Et al. Moda Sağlık Ocağı'na Başvuranların Verilen Hizmetlerle İlgili Değerlendirmeleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005; 14(3):55-61.
35. Sünter A, Et al. Samsun İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. O.M.Ü. Tıp Dergisi 2003;20(3):135-139.
36. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. Oxford University Press. 2009:39-53.
37. Sloane PD, Ebell MH. Essentials of Family Medicine. Lippincott Williams and Wilkins. 2008 :119-27.
38. Üstü Y, Uğurlu M. Bir Analiz: Aile Hekimliği Ülkemizde Etkin Kullanılıyor mu? Ankara Medical Journal. 2015;15(4):244-248.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 56786525-050.04.04 / 216u2
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

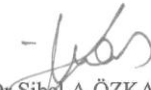
01 Nisan 2019

Sayın Asist.Dr.Özge US
Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği

İlgi: 18/01/2019 tarihli başvurunuz.

“Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri” başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 21/03/2019 tarihli toplantısında alınan 07/131 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi :21/03/2019

Toplantı Sayısı :07

Karar Sayısı :131

131-Üniversitemiz Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı **Asist. Dr. Özge Us**'un "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili 18/01/2019 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda **Asist. Dr. Özge Us**'un "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri" başlıklı uzmanlık tezi ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
21/03/2019


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK-2. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeyleri

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen Ceyhun Peker

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri

Sayın Gönüllü;

Bu anket formu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulundan gerekli izin alındıktan sonra yapılmaktadır.

Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran yetişkinlere yapılmaktadır. Sizden yaklaşık 5-10 dakika sürecek 63 sorudan oluşan anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurmanız istenecektir. Anketimizde 1. bölümde 5 adet sosyodemografik özellikte soru mevcut olup kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. 2. bölümde aile hekimliği sistemi konusunda 20 adet soru, 3. Bölümde ise aile hekimi görev ve yetkileri konusunda 38 adet soru mevcuttur. Yapılan bu araştırma siz katılımcılarımıza herhangi bir parasal yük getirmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanılacak ve bilimsel yayın haline getirilecektir. Bu süreçte sizinle ilgili bilgilerin mahremiyetine özen gösterilecek ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum(ya da sözlü olarak dinledim).Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm

açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip, istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Sorumlu araştırıcı: Dr. Öğr. Üyesi A.Gülşen Ceyhun Peker

Katılımcı

İmza:

İmza:

Yardımcı araştırıcı: Dr.Özge Us

İmza:

Not: İlgili formun iki kopyası bulunmakta olup, bir kopyası da siz katılımcılarımıza verilecektir

EK-3. Anket Bilgilendirme Formu

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ ANKET BİLGİLENDİRME FORMU

Sayın Gönüllü;

Bu anket formu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde 63 sorudan oluşan bu anket formunu doldurmanız yaklaşık 5-10dk alacaktır.

Anketimizde kimlik bilgileriniz (isim, soyisim, tc kimlik no, vb.) istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır.

Tüm sorulara eksiksiz bir şekilde yanıt vermeniz çalışmamız için oldukça önemlidir. Bu ankette elde edeceğimiz bilgiler amacı dışında kullanılmayacağı gibi size ait kişisel bilgiler üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Araştırma Ekibi:

Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER

Araş. Gör. Dr. Özge Us

İrtibat: 0 312 508 21 67

EK-4. Araştırmada Kullanılan Anket Formu

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek
3. Mesleğiniz a)Sağlık Çalışanı b)Diğer Meslek Çalışanı
4. Eğitim düzeyiniz
a)Okur-yazar değil b)İlkokul c)Ortaokul
d)Lise e)Üniversite f)Yüksek lisans/Doktora
- 5.Aylık gelir düzeyiniz
a)0-1000TL b)1000-2200TL c)2200-5000TL d)5000TL ve üzeri

AİLE HEKİMİ VE AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ İLE TEMAS

6. Aile hekiminizi tanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
7. Bağlı olduğunuz aile hekimi
a)Aile hekimliği uzmanı b)Aile hekimi c)Diğer branş uzmanı d) Bilmiyorum
8. Aile hekimi ile aile hekimliği uzmanı arasında yetki ve sorumluluk açısından fark var mıdır?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
9. Son 1 yılda aile hekiminize kaç kez gittiniz?
a)Hiç Gitmedim b) Bir kez c) 1-5 arası d) 5-10 arası e) 10'dan fazla
f)Hatırlamıyorum
10. Aile hekiminizin iletişim bilgileri sizde kayıtlı olarak bulunuyor mu?
a) Evet b) Hayır
- 11.Aile hekimine mesai saatleri içinde telefonla ulaşılabilir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
12. Aile hekimine muayene olmak için arayacağınız merkezi randevu sisteminin numarası nedir? a)182 b)112 c)184 d)Bilmiyorum
13. Aile hekiminden randevu almadan muayene olunabilir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
14. Esnek mesai saatleri uygulamasından haberdar mısınız?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
15. Sizin kayıtlı olduğunuz aile sağlığı merkezinde esnek mesai saati uygulaması var mı? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
16. Aile hekiminizi seçme ve değiştirme hakkınız var mıdır?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

(Cevabınız hayır veya fikrim yok ise 17 numaralı soruyu atlayınız.)

17. Aile hekiminizi aşağıdaki yollardan hangisi veya hangileri ile değiştirebilirsiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) E- nabız üzerinden başvuru ile
- b) Geçmek istediğim aile hekimine dilekçe vererek
- c) İl sağlık müdürlüğüne dilekçe vererek
- d) E- devletten başvuru yaparak
- e) Bağlı bulunduğum valilik veya kaymakamlığa başvuru yaparak
- f) Bilmiyorum

18. Aile bireyleri farklı aile hekimini seçebilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

19. Aile hekimine muayene olmak ücretli midir?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

20. Aile hekiminize muayene olarak sevk edilmek ile aile hekimine başvurmadan doğrudan hastaneye başvurmak arasında ücret açısından fark var mıdır? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

21. ASM de sağlık hizmeti verilmesi esnasında, hasta aile hekimine ve sağlık personeline şiddette bulunur ve bu durum belgelendirilirse hastanın mevcut aile hekiminden kaydı silinir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

22. Bulduğunuz bölge dışındaysanız aile hekimliği hizmetini nasıl alırsınız?

- a) Alamam
- b) Seyahat ettiğim bölgedeki herhangi bir aile hekiminden misafir hasta olarak alırım.
- c) Fikrim yok

23. Aile hekimi izne ayrıldığında kişi ne yapmalıdır?

- a) Aynı ASM'deki başka bir aile hekimine gider
- b) Farklı bir ASM'ye gider.
- c) Aile hekiminin izinden dönmesini bekler.
- d) Başka sağlık kuruluşuna gider.
- e) Diğer

24. Aile hekimine kimliksiz başvurulabilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

25. Aile hekimi hasta orada bulunmasa da hasta adına ilaç yazabilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

AİLE HEKİMİ GÖREV VE YETKİLERİ

26. Aile hekimi raporlu/raporsuz tüm ilaçları yazabilir mi?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Fikrim yok

27. Aile hekimi sizi ilgili bölüme sevk edebilir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

28. Aile hekimi tüm hastalıklara bakar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

29. Aile hekimliği kendisine kayıtlı kişilerin periyodik sağlık muayenelerini yapar mı? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

30. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için 6 ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişilerle iletişime geçer mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

31. Aile hekimi kendisine kayıtlı kişileri yılda en az 1 defa değerlendirip sağlık kayıtlarını günceller mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

32. Aile hekimi bebeklik ve çocukluk dönemi aşılmasını yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

33. Aile hekimi yeni doğan muayene ve taramalarını yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

34. Aile hekimi obezite takibi ve tedavisi yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

35. Aile hekimi sağlıklı diyet danışmanlığı verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

36. Aile hekimi tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

37. Aile hekimi kan yoluyla bulaşan Hepatit B, Hepatit C, AIDS(HIV)' in erken tespitine yönelik testler yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

38. Aile hekimi bağırsak kanser taraması yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

39. Aile hekimi meme kanseri taraması yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

40. Aile hekimi rahim ağzı kanseri taraması yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

41. Aile hekimi kemik sağlığının korunmasını sağlar ve kemik erimesini önleyici önerilerde bulunur mu?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

- 42.Aile hekimi gebelerde gerekli muayene ve takipleri yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 43.Aile hekimi erişkin aşılama yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 44.Aile hekimi evlilik öncesi danışmanlık yapar ve evlilik raporu verir mi ?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 45.Aile hekimliği uygulamasında enjeksiyon, pansuman ve yara bakımı hizmetleri verilir mi? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 46.Aile hekimi askerlik muayenesi yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 47.Aile hekimi verem hastalarına doğrudan gözetimli ilaç tedavisi uygulamasını öğretir mi? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 48.Aile hekimi kendisine kayıtlı kişilerin kronik hastalık (şeker ,yüksek tansiyon, tiroid hastalığı, kalp hastalığı gibi) izlem ve taramalarını yapar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 49.Aile hekimi, evde takibi sorunlu engelli, yaşlı, yatalak kişilere evde sağlık hizmeti sağlar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 50.Aile hekimi gezici sağlık hizmeti sağlar mı?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 51.Aile hekimi ceza evi, yaşlı bakımevi gibi yerlerde yerinde sağlık hizmeti verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 52.Aile hekimi ehliyet almaya uygunluk için sağlık raporu verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 53.Aile hekimi az tehlikeli iş yerinde çalışacak olanlara işe giriş raporu verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 54.Aile hekimi akli meleke raporu verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok
- 55.Aile hekimi yivsiz av tüfeği raporu verir mi?
a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

56.Aile hekimi istirahat raporu verir mi?

- a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

57.Aile hekimi sporcu lisansı raporu verir mi?

- a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

58.Aile hekimi uzmanı ilaçların devamlı kullanımını için ilaç raporu çıkarabilir mi?

- a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

59.Aile hekimi üreme sağlığı hizmeti (aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, kısırlık gibi) verir mi?

- a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

60.Aile hekimi ergen sağlığı hizmeti verir mi?

- a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

61.Aile hekimine gidiyorsanız, tercih etmenizdeki sebep veya sebepler nedir? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

- a)Konum itibarıyla yakın olması
b)Hekime güven duyma
c)Küçük sağlık sorunlarını orada halledebilme
d)Laboratuar olanaklarının olması
e)Pansuman, iğne yaptırmak
f)Koruyucu hizmetler
g)Aile planlaması
h)Reçete yazdırmak
i)Gebe takibi
j)Bebek ve çocuk takibi (aşılama vs...)
k)Sağlık raporu (ehliyet, işe başvuru, akli meleke, evlilik, yivsiz av tüfeği, sporcu lisansı)
l)Diğer.....

62.Aile hekimine gidiyorsanız memnuniyetinizi (1 – 5) arası puanlayınız.

- a)..... b)Gitmiyorum

63.Aile hekimine gitmiyorsanız gitmeme sebebiniz nedir? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Çalışma saatlerime uygun değil
b) Laboratuar olanakları yetersiz
c) Nerede olduğunu bilmiyorum
d) Güvenmiyorum
e) Aile hekiminden hoşlanmadım
f) Diğer.....