

T.C
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI
TEZ YÖNETİCİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik GÜZEL

**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ ACİL
SERVİS SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURAN
HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİ KULLANMA DURUMLARININ
BELİRLENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ahmet DEMİR

TEKİRDAĞ 2022



TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her safhasında bilgileri ve deneyimleriyle bana yol gösteren, bilimsel temeller ışığında tezimi şekillendiren değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL başta olmak üzere, Dr. Öğr. Üyesi Aydan ÇEVİK VAROL hocama, uzmanlık eğitimim boyunca emeği geçen rotasyonlarda bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm hocalarıma ve değerli asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım. Her zaman olduğu gibi bu zorlu süreçte de yanımda olan kıymetli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	iv
TABLolar	v
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI	3
SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNÜN KAPSAMI.....	3
Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	4
Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	4
Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri.....	5
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	5
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	6
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri.....	7
BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ NELERİ KAPSAR.....	9
İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ NEDİR VE NELERİ KAPSAR.....	9
ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ NEDİR VE NELERİ KAPSAR	10
ACİL VE İLK YARDIM SAĞLIK HİZMETLERİ	11
TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEVK ZİNCİRİ	12
DÜNYA SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEVK ZİNCİRİ	12
GEREÇ VE YÖNTEM	14
BULGULAR	16
TARTIŞMA	32
SONUÇ	39
ÖZET	43
KAYNAKÇA	46

KISALTMALAR

ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
IOM:	Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine)
OECD:	İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development)
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
ÜSYE:	Üst solunum yolu enfeksiyonu
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)



TABLÖLAR

Tablo 1. Hastalara ilişkin sosyodemografik bulguların dağılımı

Tablo 2. Hastaların Aile Hekimlerini bilme ve başvurma nedenleri, sıklıklarına ilişkin bulguların dağılımı

Tablo 3. Hastaların Acil servis başvuru nedenleri ve Aile hekimlerinin başvuru sıklığı üzerine ilişkin bulguların dağılımı

Tablo 4. Yaş sınıfları ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 5. Cinsiyet ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 6. Medeni durum ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 7. Eğitim düzeyinin Aile hekimine başvuru üzerine etkisi

Tablo 8. Sosyal güvence ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 9. Çalışma durumu ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 10. İkamet yeri ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 11. Acil şikayet için aile hekimine başvurma durumu ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Tablo 12. Kronik hastalık ile bazı değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servis, sağlık bakımından kişilerin akut girişim gerektiği durum olduğunda veya hastalıklarını acil algıladıklarında başvurdukları 24 saat s¼rekli hizmet veren birimlerdir. Aniden meydana gelen, insan yaşamını tehdit eden ve hasta yakınları aracılığıyla giderilemeyen olayları ifade eden acil durum kavramı, zaman kaybetmeden tıbbi bakım ve hastanın m¼dahalesini gerektiren durumlar için kullanılmaktadır (1).

Acil sağlık hizmetleri, olay yerinde, nakil sırasında ve acil hastalık ve yaralanma durumlarında sağlık kurum ve kuruluşlarında ¼zel eğitimi ekipler tarafından tıbbi donanım ve ekipman desteği ile verilen t¼m sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Acil servisler, kesintisiz hizmet sundukları için, acil olmayan hasta ve hasta yakınlarına da hızlı ve kapsamlı hizmet alabilmek için ilk başvurulan birimler de olabilir. ¼lkemizde hastanelere yapılan başvurulara bakıldığında acil servislere yapılan başvurulardaki artış hızının diğer başvuru t¼rlerine g¼re daha hızlı arttığı, acil servislere yapılan başvurunun hastane başvurularının sayısını aştığı g¼r¼lmektedir. Acil servislere bir yılda yapılan başvuru sayısı ¼lke n¼fusunu da geçerek 100 milyonu açmaktadır (2,3).

Acil servis başvuruları incelendiğinde ¼zellikle akşam 8-11 saatleri arasında yoğunluğun arttığı, yoğunluğun akşam 11'den sonra hızla azaldığı ve sabah 06.00'dan itibaren tekrar artmaya başladığı g¼r¼lmektedir (3).

¼lkemizdeki acil servislerin yoğun olmasının en ¼nemli nedeni acil servise çeşitli nedenlerle başvuran acil olmayan hastalardır. Acil servislerin uygun olmayan kullanımı genel olarak "kazasız veya yaralanmasız gelişen, acil servis ihtiyacı olmayan ve birinci

basamakta tedavi edilebilen sağlık sorunları için acil servislerin kullanılması” olarak tanımlanabilir (4,5,6).

ABD’de yapılan bir araştırmada, acil servise başvuruların %59,4’ünün ayakta tedavi için mümkün olduğu ve uygunsuz kullanım olduğu saptanmıştır (7). Fransa’daki bir başka çalışmada ise hemşirelerin acil triyajdaki yaptığı değerlendirmede hasta grubunun %44,9’u birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedaviye uygun bulmuştur (8). Ülkemizde yapılan çalışmada ise tıp fakóltesi acil servis başvurularının %62,3’ünün ayakta tedavi edilebilen hastalardan olduğu tespit edilmiştir (9).

Acil servislerin gereksiz kullanımına yol açan çeşitli faktörler tanımlanmış ve acil servislerin uygunsuz kullanılmasının en sık nedenleri arasında çabuk iyileşme isteği, doktor görüşünü almak, durumun ciddiyetini bilmek, acil servise ulaşımın kolay olması, günlük aktivitelerden dolayı vakit bulunamaması gibi sebepler olduğu belirlenmiştir (10,11,12,13).

Acil servislerin gereksiz kullanımının sonucu olarak yoğunluğunun artmasına, acil hizmetlerinin kalitesinin azalması, hastaların ve çalışanların hoşnutsuzluğuna, iş yükü ve maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Birinci basamaktaki sağlık sisteminin daha aktif ve etkili uygulamak, sağlık hizmetlerinde gereksiz uygulamalar sonucu çıkan sorunların en aza indirgenmesinde etkili olabilir (7,14,15).

Çalışmamızda Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Acil Servis yeşil alana başvuran hastaların öncesinde şikayetleri için birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru oranlarını, aile sağlığı merkezlerinin ilk başvuru olarak ne kadar sıklıkta tercih edildiğini, bakış açılarını ve tercih nedenlerini sorgulamayı amaçladık.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tanım olarak sağlığı "bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak belirtir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi sağlığa verdiği değeri "hiçbir ekonomik zorunluluğun insan sağlığına zarar verecek bir eylemin nedeni olamayacağını" belirterek ifade etmektedir (16).

SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNÜN KAPSAMI

Sağlık sektörü kapsam olarak geniştir. Bu sektörün bazı yan alanları da mevcuttur. Sağlık hizmetleri sektörünü şöylece söyleyebiliriz: "Sağlığı koruyup ve gelişmesine olanak sağlamak, hastalıkların oluşmasına engel olmak, hastalanan kişilere imkanlar çerçevesinde olabildiğince hemen tedavi etmek, böylece bireyin daha sağlıklı ve yaşam sürmesinin uzun olmasını sağlamak için çabalayan toplumsal hizmetlerin tümüdür (16).

Sağlık hizmetleri başlıca üç ana gruba ayrılır:

1. Korucuyu sağlık hizmetleri
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri
3. Rehabilitasyon

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin uzun ve kısa zamanda toplum ve kişiye karşılaşacağı farklı hastalık risklerini daha az seviyeye indirgemeyi, böylece sağlıklı yaşam potansiyelini koruyup yaşam standartlarını geliştirebilmeyi amaçlayan hizmetlerdir (17). Özellikle bulaşma riski yüksek olan hastalıkların önüne geçilmesi, bireylerin bağışıklığının buna benzer tüm hastalıklara karşı daha dayanıklı olmasıyla mümkün olabileceğinden, bireye yönelik yürürlükte olan koruyucu sağlık hizmetleri esas olarak tüm kişileri bulaşıcı hastalıklara karşı korur. Buna ek olarak, çevresel faktörlerin toplum sağlığına tehdit etmesini engellenmesi de uzun ve orta zamanda açığa çıkacak muhtemel sosyal risklerini ve maliyet yükü en alt düzeye çekilebilir (18). Topluma dayalı koruyucu sağlık hizmetleri, genel olarak sıhhatli hayatın sürekliliğini negatif yönde etkileyebileceği, olumsuz tüm faktörlerin etkisiz hale getirilmesi ve çevreyle uyumlu şekilde getirilmesini barındırmaktadır (17). Bu tarz faaliyetlere, çevre kirliliğinin engellenmesi amacıyla alınan önlemler (fabrikaların bacalarında filtre kullanılması teşviki vb.), bataklıkların yok edilmesi, sıvı ve katı atıkların zararının engellenmesi, gıdasal ürünlerin kontrolden geçmesi ve kaynakların daha etkili ve daha verimli şekilde kullanılmasını sağlanması için halkı bilinçlendirmek önemli olarak gösterilebilir (19). Koruyucu olan sağlık hizmetleri birinci basamaktaki kuruluşlarda görülmektedir. Birinci basamaktaki sağlık kuruluşları ise Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ile Verem savaş dispanserleri örnek olarak verilebilir (20).

Tedavi Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Bu hizmette, kişilerin hasta olması ile birlikte muayene, tetkikler ve tedavi barındıran hizmetlerin tümü şeklinde adlandırılabilir (21). Bu hizmetler, koruyucu sağlığa nispeten daha maliyetli, aynı anda daha karmaşık şekilde düzenlenmiş personele ve ekipmana sahip kurumlar gerektirir (22). Bu hizmetler yataklı tedavi, ayaktan başvuru ile tedavi ve eve gelen bakım hizmetleri olarak görülmektedir (17). Tedavi amaçlı sağlık sisteminde sevk sisteminin devreye girdiği basamak sistemi bu sistemin bağlantılı olarak işlemesi istenmektedir. Bu hizmetlerin işlenmesi için hastalık tipine göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde üç basamak bulunur (23). Birinci basamakta genelde yataklı tedavi yapılmamakla birlikte hasta tedavileri

evde veya ayakta yapılmaktadır (17). Birinci basamakla kıyasla daha karmaşık personele ve ekipmana sahip, çoğunlukla birinci basamak kurumlarında şikayetleri giderilemeyen hastaların, doğrudan başvuruları ile uzman doktorlarca özel hastane ya da devlet hastanelerinde yatırılıp teşhis, tanı ve tedavi uygulanan kurumlar ikinci basamağı oluşturur (20). Üçüncü basamakta ise üniversite hastaneleri, onkoloji merkezleri, akıl, sinir ve ruh hastalık merkezleri gibi belli alanlarda uzmanlaşmış kurumlardan oluşup, özellikle üst düzey sağlık sisteminin ihtiyaç olduğu durumlarda ikinci basamaktan hastaların yönlendirildiği son zincir bölümü olan üçüncü basamaktır (24).

Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Deprem, yangın, trafik ya da iş kazası gibi ciddi hastalıklar ya da doğal afetler sonrası bedensel ya da zihinsel engelli bireylerin fiziksel ve sosyal olarak sosyoekonomik yaşama dönmelerini ve böylece morallerinin yüksek olmasını sağlayıp kişileri topluma kazandırmaya çalışan hizmet türü ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir (25). Rehabilitasyona yönelik sağlık hizmetleri sosyal ve tıbbi rehabilitasyon olmak üzere iki ana daldan oluşmaktadır (17).

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

İlk kez 1920 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinden İngiltere'de yayınlanan Dawson Raporu'nda söz edilmiştir. Bu hizmetlerin bölge merkezli olması ve ülke geneline yayılması gerektiği vurgulanmıştır. Daha sonra 1978 yılında Alma Ata Konferansı'nda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ayrıntılı bir tanımı yapılmış ve bu tanımda ise birinci basamağın toplumsal kabul görmüş, maliyet etkin ve sağlık hizmetlerinin temel yapısını oluşturan ilk temas noktası olduğu düşünülmüştür. Aynı yıl Tıp Enstitüsü'de (Institute of Medicine) (IOM) birinci basamak sağlık hizmetlerini tanımlamış ve beş temel özellikten bahsetmiştir. Bu temel özellikler kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, koordinasyon, süreklilik ve belirli bir nüfustan sorumlu olmaktır (26).

WHO 2008 yılındaki toplantı raporuna göre, temel sağlık hizmetleri altyapısı kuvvetli olan devletler daha sağlıklı toplum ve kişilere sahiptir. Bu toplumlar sağlıkta daha az eşitsizliklere ve daha düşük sağlık harcamalarına sahiptir. Aynı raporda, sağlığın

korunması, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıktaki eşitsizliklerin en aza indirgenmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir gereklilik olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin başarısı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olmasına göre değerlendirilir (27).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kişiden çok toplumsal sağlık durumuna ve ihtiyaç durumuna göre planlanır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerine erişimde ilk başvurulan yer olması nedeniyle diğer seviyelerdeki hizmetlerin çalışması da dolaylı olarak etkilemektedir (28).

1978 yılındaki Alma-Ata Bildirgesi raporunda birinci basamakta sağlık sorunlarının %85'den daha fazlası çözülebilmektedir. İlk basamakta çalışılan laboratuvar testlerinin eklenmesiyle çözümün %96'ya yükseldiği bildirilmiştir (28).

Birinci basamağa daha fazla önem veren toplumlarda, diğer basamak sağlık hizmetlerine önem veren toplumlara göre sağlık belirtilerinin daha iyi olduğu ve memnuniyet oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (29,30). Birinci basamakta takibi sürekli olanların daha sağlıklı olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalandığı ve doğum ağırlığı düşük olan bebek oranının düşük olduğu ispatlanmıştır (31). Ayrıca birinci basamak hekiminin oran olarak fazla olan toplumlarda ve yüksek gelirli bölgeler arasında sağlıkta eşitsizliklerin daha az olduğu, bebek ölüm oranlarının ve hastaneye yatışların daha düşük olduğu tespit edilmiştir (32,33).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin zellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri özellikleri iki başlığın altında toplanabilir. Bu başlıklar yapısal ve uygulama özellikleri şeklinde (34,35).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin zellikleri

Yapısal zellikler

- Altyapı ve insan gücü dağılımı
- Finansman
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık alışanı

Uygulama zellikleri

- İlk başvuru
- Kapsayıcılık
- Süreklilik
- Eşgüdüm

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Özellikleri

1. İlk Başvuru:

Bireyler bir sağlık sorunu yaşadıklarında ve buna bağlı olarak sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kişi veya kurumlara başvururlar. Acil sıkıntılar haricinde sağlık hizmetlerine erişimde ilk başvuru noktası olma özelliğine sahiptir. Birinci basamak sağlık sistemlerine sahip ülkelerin önemli bir kısmında uzmanlık hizmetlerine birinci basamak hekimlerinin sevkiyle ulaşılabilmektedir. Aile hekimleri, hastaların sağlık sisteminin diğer kademelerini kullanımlarını kontrol etmelerine “kapı bekçiliği (gatekeeping)” denir (34). Kapı bekçiliği, uzman hizmetlerin aşırı kullanımını azaltır ve hizmetlerin belirli bir grup tarafından aşırı kullanımını önleyerek eşitsizliklerin oluşmasını önler. Sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde sunumunu sağlayıp gerekli olmayan müdahalelerin önüne geçer. Avrupa'nın çoğunda, hasta sevklerinin birinci basamağın kontrolünde olduğu görülmektedir (36). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu ve sağlık sistemi birinci basamak üzerine kurulu olan ülkelerde sevk sistemi etkin bir şekilde uygulanabilmektedir. Örnek olarak İsveç'te sevk sistemi mecburi değildir, ancak ilk başvuruda hastalar birinci basamak hekimlerine başvurup ve buradan sevk edilmeyi tercih etmektedir. Bunun sebebi birinci basamakta sunulan hizmetlerin geniş kapsamına ve aile hekimlerinin toplumdaki statüsüne bağlıdır. Hastaların ilk başvuru sırasında ilk adımı atladığı ve ileri düzey sağlık hizmetlerine ulaşımın kontrol dışı kalan uygulamaya “açık sistem” adı verilmektedir. Ülkemizde “açık sistem” sağlık hizmeti sistemi işlemektedir (37).

2. Süreklilik:

Süreklilik, tıbbi problem ve hastalık olup olmadığına bakılmaksızın bütüncül ve düzenli bir sağlık hizmetlerinin sürekli biçimde kullanılmasıdır. Sürekliliğin topluluk

tanımı, düzenli bir şekilde birinci basamağı kaynak varlığına göre kullanımını içerir. Hizmet bakımından süreklilik, hizmet ettiği toplumu bilmesi, bu toplumun ihtiyacını bilmesi ve bu gereksinimlerin karşılanma şeklinin izleme düzeyini yansıtır (34).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının belirlenen kişi sayısına hizmette bulunması ve bu kişilere ilişkin bilgileri içeren belgelerin saklı olduğu bir sistemin olması devamlılığın sağlanmasında kilit rol oynamaktadır (34).

3. Eşgüdüm (Koordinasyon):

Koordinasyon; Sistemin ilk aşaması ile diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleştirilmesini tanımlamaktadır. Eşgüdümü sağlamak için üç adet parametrenin bulunması lazımdır. Bunlardan ilki kapı tutma uygulamasıdır. İkincisi ise tüm basamak bakımdaki hastalarla ilgili bütün bilgileri kaydetmektir. Üçüncüsü, bu bilgilerin birinci basamak düzeyinde olmasını zorunlu hale getirilmesidir (34). İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) (Organisation for Economic Co-operation and Development) bağlı ülkelerde sağlık hizmetleri üzerine yapılan bir çalışmada, başka birinci basamak özellikleri bakımından oldukça başarılı ülkelerde bile koordinasyonun kısıtlı olduğu bildirilmiştir. Bundan dolayı birinci basamak düzeyinde diğer özelliklerine nispeten koordinasyonun sağlanmasının daha zor olduğu söylenebilir (38).

4. Kapsayıcılık:

Kapsayıcılık, birinci basamak sağlık hizmetlerinin nadir görülen sağlık problemlerini de dahil olmak üzere tüm sağlık sorunlarını tanıyabilme ve müdahale edebilme ve geniş bir dağılıma uygun olarak hizmet sunabilme becerisi olarak tanımlanabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme, hastalıkların ve hastalıkların bakım ve tedavisi bu hizmetin içindedir. Kapsayıcılık değerlendirilirken kurumun tesisleşmesi, personelin eğitilmesi, sağlık eğitimi, tarama, personel sayısı ve bağışıklama hizmetleri sorgulanır. Sevk oranı da kapsayıcılığın değerlendirilmesinde bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Yüksek bir sevk oranı, yetersiz kapsamı gösterir (34).

BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ NELERİ KAPSAR

Hastaların ayakta veya evinde tedavi edilmesini sağlayan birinci basamak sağlık kuruluşları;

1. Aile Sağlığı Merkezleri
2. Verem Savaş Dispanseri
3. Kamuya bağlı idarelerdeki kurumsal hekimler
4. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Birimi
5. Üniversitelerdeki Mediko-Sosyal birimleri
6. Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı birinci basamak sağlık birimleri
7. Belediyelerin bünyesindeki polikliniklerdir

Birinci basamaktaki özel sağlık kuruluşları;

1. İşyeri hekimleri,
2. "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan özel poliklinikler
3. "Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" kapsamında açılan diş ve ağız sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamaktaki sağlık hizmetlerinde yapılanma başlamış olup ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri dışındaki tüm temel sağlık hizmetlerinin aktarılması Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na verilmiştir (39).

İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ NEDİR VE NELERİ KAPSAR

Yatan hastaların takiplerinin olduğu ilk adımdır. Bu aşamada kişiler ayakta veya yatırılıp tedavi edilir. İlk basamakta teşhis konulamayan veya tedavi edilemeyen hastalar ikinci basamağa yönlendirilir. Ülkemizde sevk sistemi olmadığı için hastalar bu kademeye kendi de başvurabilmektedir. İkinci düzey resmi sağlık kurumları;

1. Devlet hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanesi olmayan branş hastaneleri
2. Hastanelere bağlı semt poliklinikleri
3. Belediyelere ait hastaneler
3. Entegre ilçe devlet hastaneleri
4. Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri
5. Tıp merkezleri ve şube merkezleri kamu kurumları ve İstanbul Valiliği Darülaceze Kurum Müdürlüğü Hastanesidir.

İkinci basamaktaki özel sağlık kuruluşları ise;

1. “Özel Hastaneler Yönetmeliği” ne göre ruhsat sahibi olmuş hastaneler
2. “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde açılan tıp merkezleri
3. “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” in geçici olan ikinci maddesine göre faaliyetlerini sürdüren eden tıp ve dal merkezleridir (39).

ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ NEDİR VE NELERİ KAPSAR

Özel tedavi veya ileri tetkik gerektiren hastalıklara tedavi amaçlı hizmette bulunan sağlık kuruluşlarıdır. Diğer iki basamakta tanı konulamayan veya tedavi edilemeyen hastalar bu basamağa yönlendirilir. Hastalar bu aşamaya sevk edilmeden de başvurabilirler. Bu basamaktaki sağlık kuruluşları çoğunlukla toplumda nadir görülen veya tedavisi için daha fazla bilgi ve teknolojik olarak daha fazla bilgi gerektiren hastalık ve hastalarla ilgilenir. Tedavilerin tüm hizmetlerinin etkili bir biçimde olması için birinci basamaktan başlayıp sevk sistemine uyulması önemlidir. Sevk zinciri atlanarak daha alt düzeyde çözülebilecek sorunları daha sonraki adımlarda birikir. Bu durum kaynak israfına neden olduğu gibi üst düzeyde tedavi olması gereken hastaların tedavi, hizmet kalitesinin azalmasına ve hatta hizmetlerden yararlanamamasına neden olabilmektedir. Özellikle üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurmak kaynakların daha etkili biçimde kullanımını engellemektedir. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları;

1. Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri
2. Özel branş eğitim ve araştırma hastaneleri, bu hastanelere ait poliklinikler
3. Üniversite hastaneleri ve bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezleri
4. Üniversitelerin enstitüleri ve üniversitelere bağlı dış fakülteleridir (39).

ACİL VE İLK YARDIM SAĞLIK HİZMETLERİ

Acil sağlık hizmetleri, olay yerinde, nakil esnasında, acil durum ve yaralanma durumlarında sağlık kurum ve kuruluşlarında özel eğitilmiş ekipler tarafından tıbbi ekipman desteği ile verilen tüm sağlık hizmetlerini kapsar. Kaza veya hayati tehlike durumunda ise sağlık personelinin tıbbi yardımı sağlanana kadar tıbbi ekipmana ihtiyaç duymadan olayın olduğu yerde öncelikle yapılan işlemler ilk yardım olarak tanımlanır (40).

Ülkemizde acil olan sağlık hizmetleri hastaneye gelmeden ve hastane içinde olarak iki bölüme ayrılır. Hastaneye gelmeden önce alanda görev yapan sağlık çalışanı, hekimler, acil tıp teknikerlerinden oluşur. Hastane içinde verilen acil sağlık hizmetlerinde bu personelin beraberinde uzman hekimler, hemşireler ve sağlık görevlileri vazife almaktadır (40).

Ülkemizde acil sağlık hizmeti almak isteyen kişiler 112 acil servis numarasını ücret karşılığı olmadan arayıp talepte bulunabilirler. Hasta olan bireyi veya yaralı olan kişiyi olayın olduğu yerde değerlendiren ekipler, gerekli görülen acil müdahaleyi uygularlar. Gerekli görüldüğü takdirde hasta kişi veya yaralı kişiler ileri teşhis işlemleri, tedavi ve müdahaleler için hastanelerin acil servislerine yönlendirilirler. (40).

Acil sağlık hizmetlerinde dünyada iki model etkin olmaktadır. Bunlar 'Fransız-Alman modeli' ve 'İngiliz-Amerikan modeli' olmuştur (41). İngiliz-Amerikan modelinde hastalar doktor olmayan sağlık personeli tarafından olay yerinde değerlendirilmekte ve hızlı bir şekilde acil sağlık kuruluşuna yönlendirmektedir. Bu modelde hastaneye gelmeden öncesi hastayı değerlendirmesi kısadır ve çoğu vakalar hastaneye sevki gerçekleşir. Fransız-Alman modelinde, acil hekimleri (genellikle anestezi uzmanları) hastaları olay yerinde yüksek bakım tesisleriyle değerlendirir ve acil durumu kontrollü duruma getirir. Hastalar olay yerinde acil kuruluşuna sevk edilmeden önce stabilize edilmekte ve gerekirse yatan

hasta servislerine nakledilmektedir (42). Ülkemizde acil sağlık bakımında İngiliz-Amerikan modeli benimsenmiştir. İngiliz-Amerikan modeli olay yerinde mümkün olduğu kadar az zaman kaybedilmesi kuralına göre kurgulanmıştır. Bu modelde ise sahada, hekim dışındaki sağlık personeli tarafından acil tedavi başlatılır. Sahada başlanan hayat kurtarıcı tıbbi tedavi ve bakım hasta nakli sırasında devam edilerek hasta ileri acil bakım için hastane acil servislerine ulaştırılır. Hastane acil seviyesi ise acil tıp uzmanları kontrolü altındadır (43).

TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEVK ZİNCİRİ

Aile hekimliği sistemi sevk zincirinde ilk basamak olarak görölmektedir. Bu sistemin etkili bir şekilde işleyişı aile hekimi ve hasta arasındaki güvene bağlıdır. Bu güvenin oluşmasında aile hekiminin gösterdiği hizmet ciddi öneme sahiptir. Bu nedenle hasta memnuniyetini kazanmış bir aile hekimliği, işleyen bir sevk zincirinin ilk şartıdır. Hastane poliklinikleri genel olarak birinci basamakta sorunları çözülebilecek hastalar yoğunluğu oluşturur. Bu yoğunluk gereksiz harcamaların yanı sıra hastanelerde verilen hizmetin kalitesini azaltmaktadır. Buna bağlı olarak yapılan hataların en büyüğü ise sevk sisteminin tek taraflı olarak algılanmasıdır. Hatta yapılması gereken teşhis ve tedaviler yapıldıktan sonra, gerekli görölen hastaların ikinci ve üçüncü kademeye sevki ile birlikte sevk zincirinin devamı için alt basamaklara tekrardan gönderilmesi gerekir (44). Ancak Türkiye’de belirtilen bu sevk sistemi etkin olarak uygulanmamaktadır. Sevk zinciri mecbur olmaması ülkemizde bu sistemin uygulanamamasının en büyük nedendir. Bu nedenle bu sistemi benimsemeyen hastalar doğrudan üst basamakları rahatlıkla kullanabilmektedir (45).

DÜNYA SAĞLIK HİZMETLERİNDE SEVK ZİNCİRİ

Almanya’da çok yaygın olan özel sigortalar kapsamında, sevk zinciri sistemi olarak da bilinen resmi bir kapı bekçiliği sistemi bulunmamaktadır. Geçmişte hastalardan alınan katkı payı ücreti 2013 yılında kaldırılmıştır. Aile hekimliği sisteminde mecburi sevk sistemi bulunmamakta, ancak çeşitli sağlık sigortaları olan kişilerine sevk sistemini

kullanması için bazı teşvikler sunulmakta, birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik teşvik edilir (46). Aile hekimlerinin esnek çalışma ve akşamları çalışma saatleri vardır ve reçete ettikleri ilaçlar için ek ödemeleri yoktur (47).

Birinci basamak sağlık hizmetleri İsveç'te devlet denetimi altında yürütülmektedir. Bundan dolayı farklı bölgelerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir takım farklılıklar bulunsa da birinci basamak sağlık hizmetleri genel olarak aile hekimliği birimleri ile entegre hastane poliklinikler tarafınca verilmektedir. Ülkede sevk zinciri resmi olarak zorunlu olmamakla birlikte, sevsiz olarak daha üst düzey sağlık kuruluşlarına giden hastalardan fazladan ücret talep edilmektedir. Genel olarak sağlık hizmetleri bölge yönetimleri tarafından sağlanmaktadır (48,49).

ABD'de, sağlık sigortası ile anlaşmalı muayenehanelerde birinci basamak hizmeti aile hekimlerince verilmektedir. Aile hekimlerince hastaların üst basamağa sevkinin yapabileceği gibi, sevke gerek olmadan da hastalar kendileri de bir üst kademeye başvurabilirler (50).

İngiltere'de hastalar için ilk başvurdukları yer aile hekimliğidir. Toplum sağlığı hizmeti, göz ve diş sağlığı hizmeti, tedavi edici hizmetler ve acil servisler birinci basamakta verilmektedir (50). Uzman hekimler ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmakta olup, hastalar aile hekimlerinin yönlendirmesi ile bu kurumlara başvurabilmektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde özel dal ve eğitim hastaneleri mevcuttur. Aile hekimi sevki olmadan bu kurumlara başvuranlar, acil durumlar veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dışında bu kurumlardaki masrafları kendileri karşılamak zorundadır. İngiltere vatandaşlarının %97'si bir aile doktoruna kayıtlıdır (51).

Küba'da bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanması için doğrudan aile hekimlerine, polikliniklere ve hastanelere başvurabilirler. Her poliklinik bir bölgeye bakar. Bu polikliniklere bağlı aile hekimleri vardır. Aile hekimleri halkla bütüncül olarak çalışır. Halkın direkt olarak hastanelere başvurma hakkı vardır ancak ilk başvuruların çoğu aile hekimlerine yapılmaktadır. Aile hekimleri de sürekli ev ziyaretleri yapmakta, hamile kadın ve çocukların takiplerine özen gösterir (52).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza 01.11.2021 ile 01.04.2022 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servis yeşil alana herhangi bir sebeple başvuran, 18 yaş üstü, 139 kadın (%55,6) ve 111 erkek (44,4) toplam 250 gönüllü hasta katılmıştır. Çalışmamız tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Etik kurul onayı Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun 26.10.2021 tarihli 2021.249.10.13 protokol numaralı ve 13 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-1). Anketler acil servis ortamında kişi rızası gözetilerek hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Anketteki sorular araştırmacılar tarafından literatür araştırması sonucu hazırlanmıştır. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra acil servis yeşil alana başvuran hastaların hastane polikliniklerini veya şikayetleri için birinci basamağı atlayıp atlamadıklarını sorgulayıp birinci basamağın kullanma oranlarının, bakış açısını ve başvuru nedenlerinin sorgulanması amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kişilerin sosyodemografik özellikleri içinde hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet ettiği yer, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi olup olmaması sorgulandı. Yaş verileri kaydedilirken katılımcılar 18-25 yaş, 25-40 yaş, 40 yaş üstü olarak sınıflandırıldı. Kişiler meslek gruplarına göre çalışan grubu olarak memur, işçi ve diğer meslek grupları şeklinde, çalışmayan grubu olarak emekli, ev hanımı ve öğrenci şeklinde, eğitim durumuna göre ise, ilkokuldan mezun, ortaokuldan mezun, liseden mezun ve üniversiteden mezun olarak gruplandırıldı.

Kişiler acil servise başvurmadan önce hastane poliklinikleri ve birinci basamağı kullanımını sorguladık. Aile hekimini tanımasını, memnuniyet düzeyini, ikamet adresinde olup olmasını, 1 yılda başvuru sıklığını hiç, nadiren, bazen, sık sık ve her

zaman şeklinde gruplandırarak, aile hekimliğine ulaşma konusunda sıkıntı yaşayıp yaşamadığını, aile hekimini değiştirip değiştirmediğini, çocuğu varsa rutin kontrollerine götürüp götürmediğini, aile hekimi tarafından koruyucu sağlık hizmetleri için aranıp aranmamasını sorguladık. Mesai saati dışında aile hekimliğine ulaşmak isteğini, acil durumlar dışında birinci basamağa zorunlu başvurunun destekleyip desteklenmemesini araştırdık. Acil servise başvuran hastaların hangi şikayetlerle geldiğini ve başvurmadan önce aile hekimliğine gidip gitmediğinin ve aile hekimliğine yaklaşım ve bakış açılarını sorduk.

Çalışmaya Dahil Edilebilme Kriterleri;

1. 18 ve üstü yaş olması
2. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Acil Servis yeşil alana başvurması
3. Çalışma için gönüllü olması

Çalışmaya Dahil Edilememe Kriterleri;

1. 18 yaş altı olması
2. Acil servis sarı ve kırmızı alana başvurması
3. Anketi doldurmak için gerekli mental ve fiziki yeterliliğin olmaması

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

BULGULAR

Hastalarımızın yaş ortalaması $36,92 \pm 16,14$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve yaş gruplamasına göre 80'nin (%32,0) 18-25 yaş, 80'nin 25-40 (%32,0) yaş, 90'nın (%36,0) >40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine göre 139 hastanın (%55,6) kadın, 111 hastanın (%44,6) erkek olduğu medeni duruma göre 130'unun (%52,0) evli, 120'sinin (%48,0) bekar olduğu ayrıca eğitim düzeyine göre 44 kişinin (%17,6) ilkokul mezunu, 25 kişinin (%10,0) ortaokul mezunu, 47 kişinin (%18,8) lise mezunu, 134'ünde (%53,6) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Sosyal güvencesinin olup olmamasına göre gruplandığımızda katılımcıların 230'unun (%92,0) sosyal güvencesinin olduğu, 20'sinin (%8,0) sosyal güvencesinin olmadığı ve mesleki olarak grupladığımızda ise çalışan grubu olarak 35'inin (%14,0) memur, 35'inin (%14,0) işçi, 42'nin (%16,8) diğer meslek gruplarından olduğunu, çalışmayan grubu olarak ise 74'ünün (%29,6) öğrenci, 35'inin (%14,0) ev hanımı, 29'nun (%11,6) emekli olduğu tespit edildi. İkamet yerlerine göre gruplandığımızda ise 169 katılımcı (%67,6) Büyükşehir/şehirde, 59 katılımcı (%23,6) ilçede, 10 katılımcı (%4,0) kasabada, 12 katılımcı da (%4,8) köyde ikamet ettiğini belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalara ilişkin sosyodemografik bulguların dağılımı

Değişken (N=250)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 36,92 \pm 16,14$ (yıl)]		
<25	80	32,0
25-40	80	32,0
>40	90	36,0
Cinsiyet		
Kadın	139	55,6
Erkek	111	44,4
Medeni durum		
Bekar	120	48,0
Evli	130	52,0
Eğitim düzeyi		
İlkokul	44	17,6
Ortaokul	25	10,0
Lise	47	18,8
Üniversite	134	53,6
Sosyal güvence		
Var	230	92,0
Yok	20	8,0
Meslek		
Öğrenci	74	29,6
Memur	35	14,0
İşçi	35	14,0
Ev hanımı	35	14,0
Emekli	29	11,6
Diğer	42	16,8
İkamet		
Büyükşehir/şehir	169	67,6
İlçe	59	23,6
Kasaba	10	4,0
Köy	12	4,8

172 hastanın (%68,8) aile hekiminin ikametine yakın konumda olduğu, 221'inin (%88,4) aile hekimini tanıdığı, 217'sinin (%86,8) aile hekiminden memnun olduğu, 159'unun (%63,6) aile hekimine ulaşmada sıkıntı yaşamadığı ve 160'ının (%64,0) daha önce aile hekimini değiştirmedeği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Aile Hekimlerini bilme ve başvurma nedenleri, sıklıklarına ilişkin bulguların dağılımı

Değişken (N=250)	n	%
Aile hekiminin ikamet adresine yakın olması		
Evet	172	68,8
Hayır	78	31,2
Aile hekimini tanıma		
Evet	221	88,4
Hayır	29	11,6
Aile hekiminden memnuniyet		
Evet	217	86,8
Hayır	33	13,2
Aile hekimine ulaşmada sıkıntı yaşama		
Evet	25	10,0
Hayır	159	63,6
Bazen	66	26,4
Daha önce aile hekimi değiştirme		
Evet	90	36,0
Hayır	160	64,4
Yıllık aile hekimine başvuru sıklığı		
Hiç	14	5,6
Nadiren	91	36,4
Bazen	88	35,2
Sık sık	43	17,2
Her zaman	14	5,6
Çocuğu rutin kontrol için aile hekimine götürme		
Evet	71	61,2
Hayır	45	38,8
Rutin kontroller için aile hekimliğinden aranma		
Evet	94	37,6
Hayır	156	62,4
Kronik hastalık varlığı		
Evet	69	27,6
Hayır	181	72,4
Kronik hastalığın adı*		
Astım	10	4,0
Hipertansiyon	31	12,4
Kalp hastalığı	10	4,0
Diyabet	18	7,2
Tiroid hastalığı	15	6,0
Nörolojik hastalık	6	2,4
Onkolojik hastalık	2	0,8
Aile hekimine başvurma nedeni*		
Muayene	179	71,6
İlaç yazdırma	143	57,2
Rutin kontroller ve aşı	44	17,6
Enjeksiyon / pansuman	19	7,6
Rapor almak için	52	20,8
Aile planlaması	14	5,6
Kan ve idrar tahlilleri kontrolleri için	62	24,8

Aile hekimine mesai dışı başvurmayı isteme

Evet	143	57,2
Hayır	107	42,8
Acile başvuru şikayeti		
Baş ağrısı	25	10,0
Bel ağrısı	20	8,0
Bulantı kusma	29	11,6
Cilt hastalığı	18	7,2
Karın ağrısı	37	14,8
Kas ağrısı	41	16,4
Üriner sistem hastalığı	19	7,6
Üsye	61	24,4

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler satır bazlı olarak toplam örnek sayısına göre belirlenmiştir.

91 hastanın (%36,4) yılda nadiren aile hekimine başvurduğu, 71'inin (%61,2) çocuğu rutin kontroller için aile hekimine götürdüğü, 156'sının (%62,4) rutin kontroller için aile hekimliğinden arandığı, 181'inin (%72,4) kronik hastalığı olmadığı, 69'unun (%27,6) kronik hastalıklarının olduğu ve çoğunluğun 31'inin (%12,4) hipertansiyon hastalığı olduğu belirlenmiştir. 179 hastanın (%71,6) aile hekimine muayene için gittiği, 143'ünün (%57,2) aile hekimine mesai dışında başvurmayı istediği ve acile başvuru durumu olarak en fazla 61 kişinin (%24,4) ÜSYE sebebiyle ardından 41 kişinin (%16,4) ile kas ağrısı için acile başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

189 hastanın (%75,6) acile başvurmadan önce aile hekimine gitmediği, 48'inin (%78,7) acilden önce aile hekimine 1 kez başvurduğu, bunlardan 28'ine (%45,9) ilaç tedavisi önerildiği ve 36'sını (%59,0) aile hekiminin tekrar kontrole çağırmadığı belirlenmiştir. 37 hastanın (%60,7) acile aile hekiminin yönlendirdiği ve 64'ünün (%33,9) ilk olarak aile hekimini tercih etmeme sebebinin aile hekimine uzak olması olduğu belirlenmiştir. 97 hastanın (%38,8) durumun acil olması nedeniyle acili tercih ettiği, 159'unun (%63,6) acil dışında aile hekiminin hastaneye zorunlu sevk sistemini desteklemediği, 185'inin (%74,0) acil şikayeti için ilaç başlandığı ve 109'unun (%43,6) acil olmayan sağlık problemi için aile sağlığı merkezini tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Acil servis başvuru nedenleri ve Aile hekimlerinin başvuru sıklığı üzerine ilişkin bulguların dağılımı

Değişken (N=250)	n	%
Acile başvurmadan önce aile hekimine gitme		
Evet	61	24,4
Hayır	189	75,6
Acilden önce aile hekimine başvuru sayısı		
1	48	78,7
2	12	19,7
3	1	1,6
Acilden önce aile hekimi önerisi		
Hastaneye sevk	15	24,6
İlaç tedavisi	28	45,9
İleri tetkikler	11	18,0
Kontrol	3	4,9
Takip	4	6,6
Aile hekiminin tekrar kontrole çağırması		
Evet	25	41,0
Hayır	36	59,0
Acile aile hekiminin yönlendirmesi		
Evet	37	60,7
Hayır	24	39,3
İlk olarak aile hekimi tercih etmeme sebebi		
Aile hekimi şehir dışında olduğu için	11	5,8
Aile hekimini tanımıyor	15	7,9
Aile hekimini yetersiz gördüğü için	18	9,5
Daha ileri tetkikler için	61	32,3
Aile hekimine uzak olduğu için	64	33,9
Diğer	20	10,6
Acili tercih etme nedeni		
Aile hekimi yönlendirmesi	34	13,6
Başka yerden sevk edilme	5	2,0
Durumun acil olması	97	38,8
Görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarının hızı	11	4,4
İşlemlerin hızlı olması	51	20,4
Poliklinik sırası almakta zorlanma	36	14,4
Diğer	16	6,4
Acil dışında aile hekiminin hastaneye zorunlu sevk sistemi uygulamasını destekleme		
Evet	91	36,4
Hayır	159	63,6
Acil şikayet için ilaç başlama		
Evet	185	74,0
Hayır	65	26,0
Acil olmayan sağlık problemi için ilk başvuru		
Aile sağlığı merkezi	109	43,6
Devlet hastaneleri	84	33,6
Eğitim araştırma/üniversite hastaneleri	43	17,2
Özel hastane ve klinikler	14	5,6

Yaş sınıfları ile acil öncesi aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=16,350$; $p=0,000$). <25 yaş grubunda olan 72 kişinin (%90,0) acil öncesi aile hekimine başvurmadığı, >40 yaş grubunda olan 33 kişinin (%36,7) acil öncesi aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Acil öncesi aile hekimine gidenlerin ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, acil öncesi aile hekimin gitmeyenlerin ise ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Yaş sınıfları ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Yaş sınıfları		<25 yaş (n=80)		25-40 yaş (n=80)		>40 yaş (n=90)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	n	%			
Acil öncesi aile hekimine gitme									
Evet	8	10,0	20	25,0	33	36,7			$\chi^2=16,350$ p=0,000
Hayır	72	90,0	60	75,0	57	63,3			
Yıllık aile hekimine başvuru									
Hiç-Nadiren	43	53,7	36	45,0	26	28,9			$\chi^2=32,637$ p=0,000
Bazen	33	41,3	28	35,0	27	30,0			
Sık sık-Her zaman	4	5,0	16	20,0	37	41,1			
Çocuk kontrolü aile hekimi									
Evet	2	10,5	32	65,3	37	77,1			$\chi^2=25,996$ p=0,000
Hayır	17	89,5	17	34,7	11	22,9			
Aile hekiminden memnuniyet									
Evet	66	82,5	69	86,3	82	91,1			$\chi^2=2,772$ $p=0,250$
Hayır	14	17,5	11	13,7	8	8,9			
Aile hekimin ikamete yakın									
Evet	42	52,5	57	71,3	73	81,1			$\chi^2=16,480$ p=0,000
Hayır	38	47,5	23	28,7	17	18,9			
Aile hekimini tanıma									
Evet	66	82,5	69	86,3	86	95,6			$\chi^2=7,570$ p=0,023
Hayır	14	17,5	11	13,7	4	4,4			
Sağlık sorununda ilk başvuru									
Aile sağlığı merkezi	31	38,7	38	47,5	40	44,4			$\chi^2=7,642$ $p=0,266$
Devlet hastaneleri	28	35,0	24	30,0	32	35,6			
Eğitim araştırma/üniversite	17	21,3	10	12,5	16	17,8			
Özel hastane ve klinikler	4	5,0	8	10,0	2	2,2			

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Yaş sınıfları ile yıllık aile hekimine başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=32,637$; $p=0,000$). <25 yaş grubunda olan 43 kişinin (%53,7) ve 25-40 yaş grubunda olan 36 kişinin (%45,0) hiç-nadiren aile hekimine gittiği,

>40 yaş grubunda olan 37 kişinin (%41,1) sık sık - her zaman aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Aile hekimine hiç başvurmayan veya nadiren-bazen başvuranların ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu, sık sık-her zaman başvuranların ise ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaş sınıfları ile çocuğun kontrolü için aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=25,996$; $p=0,000$). <25 yaş grubunda olan 17 kişinin (%89,5) çocuğunu aile hekimine götürmediği, 25-40 yaş grubunda olan 32 kişinin (%65,3) ve >40 yaş grubunda olan 37 kişinin (%77,1) çocuğunu kontrol için aile hekimine götürdüğü belirlenmiştir. Çocuğunu kontrol için aile hekimine götürülenlerin ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, çocuğunu kontrol için aile hekimine götürmeyenlerin ise ağırlıklı olarak <25 ve 25-40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaş sınıfları ile aile hekiminin ikamete yakın olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=16,480$; $p=0,000$). <25 yaş grubunda olan 38 kişinin (%47,5) aile hekiminin ikametene yakın olmadığı, >40 yaş grubunda olan 73 kişinin (%81,1) aile hekiminin ikametene yakın olduğu belirlenmiştir. Aile hekimi ikametene yakın olanların ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, aile hekiminin ikametene yakın olmayanların ise ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaş sınıfları ile aile hekimini tanıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=7,570$; $p=0,023$). <25 yaş grubunda olan 14 kişinin (%17,5) aile hekimini tanımadığı, >40 yaş grubunda olan 86 kişinin (%95,6) aile hekimini tanıdığı belirlenmiştir. Aile hekimi tanıyanların ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, aile hekimini tanımayanların ise ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Cinsiyet ile yıllık aile hekimine başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=7,046$; $p=0,030$). 48 kadının (%34,5) bazen aile hekimine başvurduğu, 44 erkeğin (%39,6) nadiren aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Aile hekimine hiç başvurmayan veya nadiren başvuranların ağırlıklı olarak erkek, bazen, sık sık-her zaman başvuranların ise ağırlıklı olarak kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyet ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Cinsiyet	Kadın (n=139)		Erkek (n=111)		İstatistiksel analiz* Olasılık
		n	%	n	%	
Acil öncesi aile hekimine gitme						
Evet		35	25,2	26	23,4	$\chi^2=0,103$
Hayır		104	74,8	85	76,6	p=0,748
Yıllık aile hekimine başvuru						
Hiç-Nadiren		51	36,7	54	48,6	$\chi^2=7,046$
Bazen		48	34,5	40	36,0	p=0,030
Sık sık-Her zaman		40	28,8	17	15,4	
Çocuk kontrolü aile hekimi						
Evet		38	62,3	33	60,0	$\chi^2=0,064$
Hayır		23	37,7	22	40,0	p=0,800
Aile hekiminden memnuniyet						
Evet		120	86,3	97	87,4	$\chi^2=0,060$
Hayır		19	13,7	14	12,6	p=0,806
Aile hekimin ikamete yakın						
Evet		94	67,6	78	70,3	$\chi^2=0,201$
Hayır		45	32,4	33	29,7	p=0,654
Aile hekimini tanıma						
Evet		126	90,6	95	85,6	$\chi^2=1,542$
Hayır		13	9,4	16	14,4	p=0,214
Sağlık sorununda ilk başvuru						
Aile sağlığı merkezi		65	46,8	44	39,6	
Devlet hastaneleri		47	33,8	37	33,4	$\chi^2=3,308$
Eğitim araştırma/üniversite		22	15,8	21	18,9	p=0,347
Özel hastane ve klinikler		5	3,6	9	8,1	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Medeni durum ile acil öncesi aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=15,321$; p=0,000). 104 bekar bireyin (%86,7) acil öncesi aile hekimine gitmediği, 45 evli bireyin (%34,6) acil öncesi aile hekimine gittiği belirlenmiştir. Acil öncesi aile hekimine gidenlerin ağırlıklı olarak evli, acil öncesi aile hekimine gitmeyenlerin ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Medeni durum ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Medeni durum	Bekar (n=120)		Evli (n=130)		İstatistiksel analiz* Olasılık
		n	%	n	%	
Acil öncesi aile hekimine gitme						
Evet		16	13,3	45	34,6	$\chi^2=15,321$
Hayır		104	86,7	85	65,4	p=0,000
Yıllık aile hekimine başvuru						
Hiç-Nadiren		63	52,5	42	32,4	$\chi^2=20,693$
Bazen		44	36,7	44	33,8	p=0,000
Sık sık-Her zaman		13	10,8	44	33,8	
Çocuk kontrolü aile hekimi						
Evet		5	16,7	66	76,7	$\chi^2=33,809$
Hayır		25	83,3	20	23,3	p=0,000
Aile hekiminden memnuniyet						
Evet		101	84,2	116	89,2	$\chi^2=1,397$
Hayır		19	15,8	14	10,8	p=0,237
Aile hekimin ikamete yakın						
Evet		67	55,8	105	80,8	$\chi^2=18,076$
Hayır		53	44,2	25	19,2	p=0,000
Aile hekimini tanıma						
Evet		98	81,7	123	94,6	$\chi^2=10,203$
Hayır		22	18,3	7	5,4	p=0,001
Sağlık sorununda ilk başvuru						
Aile sağlığı merkezi		46	38,3	63	48,6	
Devlet hastaneleri		40	33,3	44	33,8	$\chi^2=4,732$
Eğitim araştırma/üniversite		25	20,8	18	13,8	p=0,193
Özel hastane ve klinikler		9	7,6	5	3,8	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Medeni durum ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=20,693$; p=0,000). 63 bekarın (%52,5) yıllık hiç-nadiren aile hekimine gittiği, 44 evlinin (%33,8) bazen veya sık sık-her zaman aile hekimine gittiği belirlenmiştir. Yıllık aile hekimine hiç gitmeyenlerin veya nadiren giderin ağırlıklı olarak bekar, sık sık – her zaman gidenlerin ise ağırlıklı olarak evli olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Medeni durum ile çocuğu kontrole aile hekimine götürme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=33,809$; p=0,000). 25 bekarın (%83,3) çocuğunu kontrol için aile hekimine götürmediği, 66 evlinin (%76,7) çocuğunu kontrol için aile hekimine götürdüğü belirlenmiştir. Çocuğunu kontrol için aile hekimine

götürenlerin ağırlıklı olarak evli, çocuğunu kontrol için aile hekimine götürmeyenlerin ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Medeni durum ile aile hekiminin ikamete yakın olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=18,076$; $p=0,000$). 53 bekarın (%44,2) aile hekiminin ikametene yakın olmadığı, 105 evlinin (%80,8) aile hekiminin ikametene yakın olduğu belirlenmiştir. Aile hekiminin ikametene yakın olanların ağırlıklı olarak evli, aile hekiminin ikametene yakın olmayanların ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Medeni durum ile aile hekimini tanıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=10,203$; $p=0,001$). 22 bekarın (%18,3) aile hekimini tanımadığı, 123 evlinin (%94,6) aile hekimini tanıdığı belirlenmiştir. Aile hekimini tanıyanların ağırlıklı olarak evli, aile hekimini tanımayanların ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Eğitim düzeyi ile acil öncesi aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=10,606$; $p=0,014$). İlkokul mezunu olan 28 kişinin (%63,6) acil öncesi aile hekimine başvurmadığı, üniversite mezunu olan 22 kişinin (%16,4) acil öncesi aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, acil öncesi aile hekimine gitme oranının azaldığı görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. Eğitim düzeyinin Aile hekimine başvuru üzerine etkisi

Değişken	Eğitim düzeyi		İlkokul (n=44)		Ortaokul (n=25)		Lise (n=47)		Üniversite (n=134)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Acil öncesi aile hekimine gitme											
Evet	16	36,4	9	36,0	14	29,8	22	16,4			$\chi^2=10,606$ p=0,014
Hayır	28	63,6	16	64,0	33	70,2	112	83,6			
Yıllık aile hekimine başvuru											
Hiç-Nadiren	12	27,3	6	24,0	16	34,0	71	53,0			$\chi^2=28,368$ p=0,000
Bazen	17	38,6	6	24,0	23	48,9	42	31,3			
Sık sık-Her zaman	15	34,1	13	52,0	8	17,1	21	15,7			
Çocuk kontrolü aile hekimi											
Evet	13	65,0	14	82,4	25	80,6	19	39,6			$\chi^2=17,708$ p=0,001
Hayır	7	35,0	3	17,6	6	19,4	29	60,4			
Aile hekiminden memnuniyet											
Evet	38	86,4	24	96,0	42	89,4	113	84,3			$\chi^2=2,838$ $p=0,417$
Hayır	6	13,6	1	4,0	5	10,6	21	15,7			
Aile hekimin ikamete yakın											
Evet	40	90,9	20	80,0	35	74,5	77	57,5			$\chi^2=20,208$

Hayır	4	9,1	5	20,0	12	25,5	57	42,5	p=0,000
Aile hekimini tanıma									
Evet	42	95,5	25	100,0	41	87,2	113	84,3	$\chi^2=7,645$
Hayır	2	4,5	-	-	6	12,8	21	15,7	p=0,054
Sağlık sorununda ilk başvuru									
Aile sağlığı merkezi	19	43,2	12	48,0	18	38,3	60	44,7	
Devlet hastaneleri	16	36,3	9	36,0	21	44,7	38	28,4	$\chi^2=8,213$
Eğitim araştırma/üniversite	8	18,2	4	16,0	6	12,8	25	18,7	p=0,513
Özel hastane ve klinikler	1	2,3	-	-	2	4,2	11	8,2	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 ” çapraz tabloları kullanılmıştır.

Eğitim düzeyi ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=28,368$; p=0,000). İlkokul mezunu olan 17 kişinin (%38,6) ve lise mezunu olan 23 kişinin (%48,9) bazen aile hekimine gittiği, ortaokul mezunu olan 13 kişinin (%52,0) sık sık-her zaman aile hekimine gittiği ve üniversite mezunu olan 71 kişinin (%53,0) hiç-nadiren aile hekimine gittiği belirlenmiştir (Tablo 7).

Eğitim düzeyi ile çocuğu kontrole aile hekimine götürme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=17,708$; p=0,001). Lise mezunu olan 25 kişinin (%80,6) çocuğunu kontrole aile hekimine götürdüğü, üniversite mezunu olan 29 kişinin (%60,4) çocuğunu kontrole aile hekimine götürmediği belirlenmiştir. Çocuğunu kontrole aile hekimine götürmelerin ağırlıklı olarak lise mezunu olduğu, çocuğunu kontrole aile hekimine götürmeyenlerin ise ağırlıklı olarak üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Eğitim düzeyi ile aile hekiminin ikamete yakın olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=20,208$; p=0,000). İlkokul mezunu olan 40 kişinin (%90,9) hekiminin ikametene yakın olduğu, üniversite mezunu olan 57 kişinin (%42,5) aile hekiminin ikametene yakın olmadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, aile hekiminin ikamete yakın olma oranının azaldığı görülmüştür (Tablo 7).

Sosyal güvence ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=7,424$; p=0,024). Sosyal güvencesi olan 96 kişinin (%41,7) yıllık hiç-nadiren aile hekime gittiği, sosyal güvencesi olmayan 11 kişinin (%55,0) bazen aile hekimine gittiği belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların sık sık-her zaman aile hekimine başvurmadığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Sosyal güvence ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Sosyal güvence	Var (n=230)		Yok (n=20)		İstatistiksel analiz* Olasılık
		n	%	n	%	
Acil öncesi aile hekimine gitme						
Evet		59	25,7	2	10,0	$\chi^2=2,444$
Hayır		171	74,3	18	90,0	p=0,118
Yıllık aile hekimine başvuru						
Hiç-Nadiren		96	41,7	9	45,0	$\chi^2=7,424$
Bazen		77	33,5	11	55,0	p=0,024
Sık sık-Her zaman		57	24,8	-	-	
Çocuk kontrolü aile hekimi						
Evet		67	61,5	4	57,1	$\chi^2=0,052$
Hayır		42	38,5	3	42,9	p=0,820
Aile hekiminden memnuniyet						
Evet		198	86,1	19	95,0	$\chi^2=1,276$
Hayır		32	13,9	1	5,0	p=0,259
Aile hekimin ikamete yakın						
Evet		162	70,4	10	50,0	$\chi^2=3,579$
Hayır		68	29,6	10	50,0	p=0,058
Aile hekimini tanıma						
Evet		206	89,6	15	75,0	$\chi^2=3,807$
Hayır		24	10,4	5	25,0	p=0,051
Sağlık sorununda ilk başvuru						
Aile sağlığı merkezi		103	44,8	6	30,0	
Devlet hastaneleri		75	32,5	9	45,0	$\chi^2=1,876$
Eğitim araştırma/üniversite		39	17,0	4	20,0	p=0,599
Özel hastane ve klinikler		13	5,7	1	5,0	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Çalışma durumu ile çocuk kontrolünde aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=6,899$; p=0,009). Çalışan 49 kişinin (%71,0) çocuk kontrolüne aile hekimine gittiği, çalışmayan 25 kişinin (%53,2) çocuk kontrolüne aile hekimine gitmediği belirlenmiştir. Çalışanların çocuk kontrolüne aile hekimine gitme oranının, çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışma durumu ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Çalışma durumu	Var (n=112)		Yok (n=138)		İstatistiksel analiz* Olasılık
		n	%	n	%	
Acil öncesi aile hekimine gitme						
Evet		32	28,6	29	21,0	$\chi^2=1,914$
Hayır		80	71,4	109	79,0	p=0,167
Yıllık aile hekimine başvuru						
Hiç-Nadiren		46	41,1	59	42,8	$\chi^2=0,072$
Bazen		40	35,7	48	34,8	p=0,965
Sık sık-Her zaman		26	23,2	31	22,6	
Çocuk kontrolü aile hekimi						
Evet		49	71,0	22	46,8	$\chi^2=6,899$
Hayır		20	29,0	25	53,2	p=0,009
Aile hekiminden memnuniyet						
Evet		98	87,5	119	86,2	$\chi^2=0,087$
Hayır		14	12,5	19	13,8	p=0,768
Aile hekimin ikamete yakın						
Evet		84	75,0	88	63,8	$\chi^2=3,633$
Hayır		28	25,0	50	36,2	p=0,057
Aile hekimini tanıma						
Evet		98	87,5	123	89,1	$\chi^2=0,160$
Hayır		14	12,5	15	10,9	p=0,689
Sağlık sorununda ilk başvuru						
Aile sağlığı merkezi		53	47,3	56	40,6	
Devlet hastaneleri		35	31,3	49	35,5	$\chi^2=4,837$
Eğitim araştırma/üniversite		15	13,4	28	20,3	p=0,184
Özel hastane ve klinikler		9	8,0	5	3,6	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

İkamet yeri ile acil öncesi aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=3,850$; p=0,049). Büyükşehir/şehirdede yaşayan 134 kişinin (%79,3) acil öncesi aile hekimine gitmediği, diğer yerlerde yaşayan 26 kişinin (%32,1) acil öncesi aile hekimine gittiği belirlenmiştir. Diğer yerlerde yaşayanların acil öncesi aile hekimine gitme oranının, büyükşehir/şehirlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. İkamet yeri ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	İkamet yeri		Diğer yerler		İstatistiksel analiz* Olasılık
	Büyükşehir/şehir (n=169)		(n=81)		
	n	%	n	%	
Acil öncesi aile hekimine gitme					
Evet	35	20,7	26	32,1	$\chi^2=3,850$
Hayır	134	79,3	55	67,9	p=0,049
Yıllık aile hekimine başvuru					
Hiç-Nadiren	74	43,8	31	38,2	$\chi^2=4,454$
Bazen	63	37,3	25	30,9	p=0,108
Sık sık-Her zaman	32	18,9	25	30,9	
Çocuk kontrolü aile hekimi					
Evet	37	52,1	34	75,6	$\chi^2=6,375$
Hayır	34	47,9	11	24,4	p=0,012
Aile hekiminden memnuniyet					
Evet	149	88,2	68	84,0	$\chi^2=0,849$
Hayır	20	11,8	13	16,0	p=0,357
Aile hekimin ikamete yakın					
Evet	104	61,5	68	84,0	$\chi^2=12,813$
Hayır	65	38,5	13	16,0	p=0,000
Aile hekimini tanıma					
Evet	149	88,2	72	88,9	$\chi^2=0,028$
Hayır	20	11,8	9	11,1	p=0,867
Sağlık sorununda ilk başvuru					
Aile sağlığı merkezi	70	41,4	39	48,1	
Devlet hastaneleri	55	32,6	29	35,8	$\chi^2=3,418$
Eğitim araştırma/üniversite	34	20,1	9	11,1	p=0,332
Özel hastane ve klinikler	10	5,9	4	5,0	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

İkamet yeri ile çocuk kontrolünde aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=6,375$; p=0,012). Büyükşehir/şehirdede yaşayan 37 kişinin (%52,1) çocuk kontrolüne aile hekimine gittiği, diğer yerlerde yaşayan 11 kişinin (%24,4) çocuk kontrolüne aile hekimine gitmediği belirlenmiştir. Diğer yerlerde yaşayanların çocuk kontrolüne aile hekimine gitme oranının, büyükşehir/şehirlerde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

İkamet yeri ile aile hekiminin ikamete yakın olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=12,813$; p=0,000). Büyükşehir/şehirdede yaşayan 65 kişinin (%38,5) aile hekiminin ikametine yakın olmadığı, diğer yerlerde yaşayan 68 kişinin (%84,0) aile hekiminin ikamete yakın olduğu belirlenmiştir. Diğer yerlerde yaşayanların

aile hekiminin ikamete yakın olma oranının, büyükşehir/şehirlerde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Acil şikayet için aile hekimine başvurma durumu ile acil servis ve aile hekimliğine başvurma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Acil için aile hekimine gitme Değişken	Evet (n=61)		Hayır (n=189)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	n	%	n	%	
Acili tercih etme nedeni					
Aile hekimi yönlendirmesi	34	55,8	-	-	$\chi^2=128,251$ p=0,000
Başka yerden sevk edilme	1	1,6	4	2,1	
Durumun acil olması	7	11,5	90	47,6	
Görüntüleme/laboratuvar	3	4,9	8	4,3	
İşlemlerin hızlı olması	6	9,8	45	23,8	
Poliklinik sırası olmaması	9	14,8	27	14,3	
Diğer	1	1,6	15	7,9	
Acil dışı hastaneye zorunlu sevk sistemi destekleme					
Evet	25	41,0	66	34,9	$\chi^2=0,732$ p=0,392
Hayır	36	59,0	123	65,1	
Aile hekiminden memnuniyet					
Evet	57	93,4	160	84,7	$\chi^2=3,107$ p=0,078
Hayır	4	6,6	29	15,3	
Aile hekimine mesai dışı başvurmayı isteme					
Evet	46	75,4	97	51,3	$\chi^2=10,929$ p=0,001
Hayır	15	24,6	92	48,7	
Acile başvuru şikayeti					
Baş ağrısı	3	4,8	22	11,7	$\chi^2=10,765$ p=0,148
Bel ağrısı	5	8,1	15	7,9	
Bulantı kusma	4	6,6	25	13,2	
Cilt hastalığı	4	6,6	14	7,4	
Karın ağrısı	12	19,7	25	13,2	
Kas ağrısı	9	14,8	32	16,9	
Üriner sistem hastalığı	9	14,8	10	5,3	
Üsye	15	24,6	46	24,4	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Acil öncesi aile hekimine gitme durumu ile acile gitmeyi tercih etme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=12,251$; p=0,000). Acil öncesi aile hekimine giden 34 kişinin (%55,8) aile hekimi önerdiği için acile gittiği, acil öncesi aile hekimine gitmeyen 90 kişinin (%47,6) durumun acil olması sebebiyle acili tercih ettiği belirlenmiştir (Tablo 11).

Acil öncesi aile hekimine gitme durumu ile aile hekimine mesai dışı başvurmayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=10,929$; $p=0,001$). Acil öncesi aile hekimine giden 46 kişinin (%75,4) aile hekimine mesai dışında da başvurmayı istediği, acil öncesi aile hekimine gitmeyen 92 kişinin (%48,7) aile hekimine mesai dışında başvurmayı istemediği belirlenmiştir. Acil öncesi aile hekimine gidenlerin aile hekimine mesai dışında başvurmayı isteme oranının, acil öncesi aile hekimine gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Kronik hastalık durumu ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=21,272$; $p=0,000$). Kronik hastalığı olan 28 kişinin (%40,6) yıllık sık sık-her zaman aile hekime gittiği, kronik hastalığı olmayan 89 kişinin (%49,2) hiç-nadiren aile hekime gittiği belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların ağırlıklı olarak yıllık sık sık-her zaman, kronik hastalığı olmayanların ise ağırlıklı olarak hiç-nadiren aile hekimine gittiği belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Kronik hastalık ile bazı değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Değişken	Kronik hastalık	Var (n=69)		Yok (n=181)		İstatistiksel analiz* Olasılık
		n	%	n	%	
Yıllık aile hekimine başvuru						
Hiç-Nadiren		16	23,2	89	49,2	$\chi^2=21,272$ p=0,000
Bazen		25	36,2	63	34,8	
Sık sık-Her zaman		28	40,6	29	16,0	
Rutin için aranma						
Evet		33	47,8	61	33,7	$\chi^2=4,248$ p=0,039
Hayır		36	52,2	120	66,3	
Sağlık sorununda ilk başvuru						
Aile sağlığı merkezi		32	46,4	77	42,5	$\chi^2=4,925$ $p=0,177$
Devlet hastaneleri		27	39,2	57	31,5	
Eğitim araştırma/üniversite		9	13,0	34	18,8	
Özel hastane ve klinikler		1	1,4	13	7,2	

*İki nitel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " çapraz tabloları kullanılmıştır.

Kronik hastalık durumu ile rutin için aile hekimliğinden aranma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=4,248$; $p=0,039$). Kronik hastalığı olan 33 kişinin (%47,8) rutin için arandığı, kronik hastalığı olmayan 120 kişinin (%66,3) rutin için aranmadığı belirlenmiştir. Kronik hastalığı olanların rutin için aranma oranının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

TARTIŞMA

Ülkemizde aile hekimliği sisteminin diğer gelişmiş ülkelerdeki gibi işlev görememesi ve etkili bir şekilde sevk zincirinin olmaması; normal koşullarda birinci basamakta tedavi ve takip edilebilir hastaların direkt ikinci ve üçüncü basamağa başvurularını kolaylaştırmakta, buna sonuç olarak hastanelerdeki iş yükünü ve maliyetlerini arttırmaktadır. Buna bağlı olarak ikinci ve üçüncü basamakta araştırılması gereken hastalara ayrılan zaman azalmakta, hastaların işlemleri zorlaşmaktadır. Bu durum gereksiz tetkik ve muayene harcamalarından dolayı sağlık hizmetinin mali yükünü de arttırmaktadır (53).

Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $36,92 \pm 16,14$ yıl olarak belirlendi. Berberoğlu ve ark., araştırmasında hastalarının ortalama yaşını $39,7 \pm 17,9$ olarak bulmuştur (54). Araştırmamıza katılan hastaların yaş ile ilgili bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan 250 hastanın % 55,6'sı kadın, % 44,4'ü erkektir. Avrupa'daki gibi, ülkemizde de kadınların ömrü erkeklerden daha fazla olmakla birlikte, hastalık riski daha fazla ve sağlık hizmetlerini daha sık kullanmaktadır (55). Durmaz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmayla sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (54, 56).

Çalışmamızda cinsiyet ile acil servis öncesi ASM başvurusu açısından istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Aile hekimine başvuran hastaların cinsiyet bakımından incelendiğinde, Cığırli ve ark. (57) hastaların %58,9'unun, Backman ve ark. (58) hastaların %64'ünün kadın olduğunu belirtmişlerdir. İlhan ve ark.'nın araştırmasında

kadınlarda bir yıl içinde yapılan sağlık başvurusunun yüksek olduğunu saptanmıştır (59). Northington ve ark. yaptıkları çalışmada acile başvuran aciliyeti olmayan hastalarının %53'ünün erkek olduğunu aciliyet ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (60). Ülkemizde acil servise başvuran hastaların cinsiyetleri incelendiğinde, Çevik ve ark. (61) %49'unun, Öztürk ve ark. (62) hastaların %46'sının, erkek olduğunu belirtmiştir. Ersel ve ark. kadın hastaların daha fazla oranda acil servise uygunsuz başvuru yaptıklarını belirtmişlerdir (13). Literatürde ise bu konu ile ilgili farklı sonuçlar mevcut. Bizim çalışmamızda cinsiyet farklılığı görülme de, özellikle merkezden uzak köylerde, aşı takibi, çocuk sağlığı, gebelik takibi, sürekli kullandığı ilaçları yazdırma, yaşlılara refakat görevi kadınlarda olduğundan aile hekimine daha sık başvurmuş olabileceklerini düşünmekteyiz. Ayrıca erkek hastaların acil servise uygunsuz başvuru oranının yüksek olduğu göz önüne alındığında ise erkeklerin mesai saatlerinde genellikle aile hekiminden uzak olması ve acile başvurusunun daha kolay olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların ilk başvuru yeri olarak aile hekimliği olduğu için ardından sorunlarının büyük oranda çözülmesinden dolayı aile hekimine daha sık başvurduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların % 10'u ilköğretim, % 18,8' i ortaöğretim mezunu olup, % 53,6'sı üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Türkiye İstatistik Yıllığı'na (2013) göre, toplam nüfusun % 44,8' i ilköğretim, % 17,5' i ortaöğretim, % 10,5' i üniversite mezunudur (63). Araştırmamıza dahil edilen hastaların eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasına göre daha iyi olduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin Tekirdağ şehir merkezinde bulunması, başvuruların çoğunu şehir merkezinde yaşayanların yapması ve çalışmanın içinde üniversite öğrencilerinin de bulunması ve daha genç yaş grubundaki hastaların başvuru yapması ile bu durum açıklanabilir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile acil öncesi aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. İlkokul mezunu olan 28 kişinin (%63,6) acil öncesi aile hekimine başvurmadığı, üniversite mezunu olan 22 kişinin (%16,4) acil öncesi aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, acil öncesi aile hekimine gitme oranının azaldığı görülmüştür. Çetinkaya ve ark. çalışmasında aile hekimine başvuran hastaların % 54,6'sının ilköğretim veya altında bir eğitim düzeyine sahip olduğunu saptamıştır (64). Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında hastaların eğitim düzeyi arttıkça aile hekimini tanıma oranının arttığı belirtilmiştir (65). Bizim çalışmamızda ise bu

ilişki ile ilgili anlamlı fark saptanmamıştır. İlhan ve ark.'nın çalışmalarında eğitim ve gelir düzeyi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurunun azaldığı bahsedilmiştir (59). Erdem ve arkadaşları çalışmasında yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma olarak, sosyal güvence, din, etnik yapı ve aile düzeni gibi birçok değişken faktörün hastaların sağlık hizmetlerini kullanımı üzerinde etkin olduğunu söylemiştir (66). Morrison, eğitim düzeyi düşük kişilerin daha fazla acil servis yeşil alana başvuru olduğunu tespit etmiştir (67). Çeşitli çalışmalar göz önüne alındığı zaman kendi çalışmamızda dahil farklı sonuçlar tespit edilmiştir. Bunun sebebi olarak araştırmaların farklı toplumlarda yapılması ve bizim çalışmamızda kırsal kesimde yaşayanların çalışmada çok fazla katılım gösterememesi düşünülebilir.

Yaptığımız çalışmada eğitim düzeyi ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. İlkokul mezunu olan 17 kişinin (%38,6) ve lise mezunu olan 23 kişinin (%48,9) bazen aile hekimine gittiği, ortaokul mezunu olan 13 kişinin (%52,0) sık sık-her zaman aile hekimine gittiği ve üniversite mezunu olan 71 kişinin (%53,0) hiç-nadiren aile hekimine gitmediği belirlenmiştir. Daha önce yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarının uzman olmayan hekimleri, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gruplarının ise uzmanları daha sık muayene için başvurduğu saptanmıştır (68,69,70,71). Etnik olarak azınlıkta olanlar, alt düzey işçilerin ve işsizlerin daha çok pratisyen hekimlere, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek bireylerin uzman hekimlere yöneldiğini belirten araştırmalar mevcuttur (71,72,73,74). Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan iki çalışmada, genel pratisyen başvurusu için gelir grupları arasında eşitsizliğin bulunmadığı ancak yüksek gelirli kişilerin daha sık uzman hekimleri tercih ettiği belirtilmektedir (75,76). Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda, sosyoekonomik düzeyi düşük grupların daha dezavantajlı oldukları gösterilmiştir: Kanada'da düşük eğitim ve gelir gruplarında, İsveç'te düşük eğitim düzeyi olan kişilerin sağlık hizmetlerinin kullanımının daha az sıklıkta olduğu gözlenmiştir (71,77,78). Hollanda'da düşük eğitimlilerin sağlık hizmetlerini kullanımının daha sık olduğu belirtilmiş (79). Çalışmamızda eğitim düzeylerinin aile hekimini kullanma açısından anlamlı fark bulmuş olup literatürde de benzer şekilde genel olarak sosyoekonomik olarak düşük kişilerin şikayetlerin ciddiyetine göre aile hekimini veya devlet hastanelerini kullanmaları, buna karşılık olarak sosyoekonomik olarak yüksek

kişilerin daha iyi imkanlarla tetkik ve tedavi edileceği düşüncesiyle hastaneleri tercih ettiğini saptadık.

Çalışmamızda tüm hastaların % 88,4'ünün aile hekimini tanıdığı ve hastaların herhangi bir sağlık sorununda %43,6'sının ilk başvuru yeri olarak aile hekimliği olarak saptanmıştır. Araştırmamızla benzer, Çetinkaya (2013) da çalışmasında kişilerin % 84,9'unun bağlı olduğu aile hekimini tanıdığını ve % 49,7'sinin herhangi bir sağlık sorununda aile hekimine başvurduğunu saptamıştır (64).

Çalışmamızda tüm hastaların % 75,6'sının aile hekimine başvurmadan acil servise veya çalışmanın yapıldığı merkeze başvurduğu saptanmıştır. Berberoğlu (1999) çalışmaya katılanların % 56,2' sinin, Alzaied ve Alshammari (2016) çalışmaya katılanların % 74,4' ünün ilk tercihinin birinci basamak olmadığını bildirmişlerdir (80, 81). Literatür ve araştırma sonuçlarımızdan görüldüğü gibi genellikle hastalar genellikle ilk olarak hastaneye başvurmaya eğilimlidirler. Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na (2020) göre; ülkemizde hastanelere başvuru sayısının bir yılda 600 milyon olduğu ve bu sayının sadece %42,2'si birinci basamağa başvurduğu bildirilmiştir (82).

Araştırmamızdaki kişilerin % 86,2' inin aile hekiminden memnun olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmaya göre, aile hekiminden memnuniyet olanların oranı % 80,7'dir (64). Araştırma sonucumuz literatür verileri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların acile başvurmadan önce aile hekimine gitmeme nedenleri incelendiğinde en sık olarak aile hekiminde uzak olması (%33,9) ve daha ileri tetkikler için (%32,3) olduğunu saptadık. Literatür incelendiğinde bulgularımızı destekleyen araştırmalar mevcuttur. Ülkemizde TÜİK tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Anketi'nde (2021) hastaların % 70,1' inin ASM'lerden memnun oldukları, ancak bu görüşün tersi olarak ilk tercih ettikleri merkezin devlet hastaneleri olduğu tespit edilmiştir (83). Bu çelişkinin sebebi olarak ise hastaların ASM hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, başvurdukları zaman aile hekiminden uzak olmaları ve ASM'lerin yeterli donanıma sahip olmadıklarını düşündükleri gösterilmiştir.

Yaptığımız çalışmada acil servisi tercih etme sebebi sorulduğunda hastaların çoğunlukla durumlarının acil olduğu (%38,8), işlemlerinin hızlı olması için (%20,4) ve poliklinik sırası bulmakta zorlandıkları için (%14,4) olduğunu saptadık. Fransa'da

Durand ve arkadaşlarının 10 tane acil serviste yaptığı çalışmada, acil olmayan hastaların acil servise başvuru nedenlerini sorgulayınca hastaların sürekli aynı ifadeleri kullanıp 3 temayı ortaya çıkartmıştır. Bunlar ise ‘sağlık olarak ihtiyaçlarının karşılanması’ (akut şekilde olması, ağrılı olması, endişeli olması, güven ihtiyacının olması), ‘birinci basamağa ulaşımındaki engeller’ (randevu alamam, aile hekiminin acile göndermesi, mesai saati dışında olması, işe erken geri dönüş isteği) ve ‘acil servislerinin avantajları’dır. (birinci basamakta görüntülemenin olamaması ve laboratuvar testlerinin daha yavaş olması, daha hızlı işleyiş için, bütün işlerin tek bir yerde olması) (84). Bu sonuçlar bizim çalışmamıza benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda aile hekimliğine daha sık başvuru sebepleri olarak muayene (%71,6), ilaç yazdırma (%57,2), laboratuvar tetkikleri için (%24,8), rapor için (%20,8), rutin kontroller ve aşı (%17,6) olarak sıklıkla saptanmıştır. Benzer literatürler incelendiğinde ise aile hekimliğine başvuran hastaların aile hekimine başvuru sebeplerinin %60,4’ü muayene için, %55,9’u ilaç yazdırmak amacıyla, %20,4’ü kontrol muayene, %8,0’i enjeksiyon veya pansuman, %5,8’i aşı amaçlı başvurulduğunu belirtmiştir (64). Tanır çalışmasında hastaların aile hekimliğine gitme nedenleri olarak %44,9’u muayene amaçlı, %41,1’i reçete için, %12,5’i diğer sağlık hizmetleri (aşı, enjeksiyon, pansuman vb.), %1,5’i de hastaların kendini üst basamağa sevki için başvurduklarını belirtmiştir (85). Yapılan iki çalışmada kendi çalışmamıza benzer yönlerin daha ağırlıkta olduğu ancak bazı farklılıkların olabileceği de düşünülmektedir.

Çalışmamızda acil servise başvuran hastaların %74’üne reçete ile taburcu edildiği saptanmıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların %66,7’si reçete ile gönderildiği görülmüştür (1). Bu durum hemen hemen çalışmamızın literatüre yakın olduğu görülmektedir. Acil servise başvuran hastaların çoğunluğuna reçete yazıldığını tespit etmiş olup birinci basamakta da aynı şikayetlerin reçete ile gönderilip uygunsuz acile başvurunun önlenebileceğini öngörmekteyiz.

Araştırmamızda mesai saatleri dışında aile hekimliğine ulaşma isteği olarak %57,2’si olarak olumlu yanıtlamıştır. Sayın’ın uygunsuz acil başvurusu yapan erişkin hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %62’si mesai saatleri haricinde aile hekimine ulaşmak istediği belirtmiştir (86). Çalışmamızda acile başvurmadan önce aile hekimine gitme durumu ile acile gitmeyi tercih etme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı

ilişki tespit edilmiştir. Bu yüzden hastanelerdeki yükü azaltmak için mesai saatleri dışında da ASM'lere ulaşılma gündeme alınabilir.

Yaptığımız çalışmada hastaların %63,6'sı zorunlu sevk zincirini desteklememektedir. Güven ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sevk zincirini desteklememe oranı %60,1 olarak bulunmuştur (87). Sevk zinciri ilişkin başka bir çalışmada ise aile hekimlerinin uygulamanın kullanılmasını istemediklerini, mevcut uygulanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşumunda sevk sisteminin kullanılmasının bazı problemleri meydana gelebileceğini belirtmişlerdir (88). Hastanelere başvurularının birinci basamaktan daha fazla olduğu ve hastane yükünün halen çok olduğu bilinmektedir. Bu durum hastanelerdeki gereksiz yığılmalarının devam etmesine neden olur. Birinci basamakta tedavi edilebilecek bir durumun ikinci ve üçüncü basamağa aktarılmasıyla hem maddi hem de manevi yük oluşmasına sebep olduğu gerçektir. Aile hekimleri ve ASM'ye başvuran kişilerin de karşı çıktığı sevk sisteminin hayata geçirilmesinin önemi yine ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda medeni hal ile aile hekimliğine başvuru arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olanların aile hekimine başvurma oranı istatistiksel olarak anlamlı olarak ilişki tespit edilmiştir. Çağlayan ve ark.'nın çalışmasında %50,3'ünü evli olduğu saptanıp, %21,8'inin bekar olduğu bulunmuştur (89). Bambal ve arkadaşlarının araştırmasına çalışmaya katılan hastaların çoğunluk olarak kadınlardan oluştuğu ve bu kadınların çoğunun (%76,7) evli olduğu saptanmıştır (90). Evli kişilerin aile hekimine acil öncesi başvuru oranının yüksek olması literatürle anlamlıdır. Aile hekimine başvuru sebepleri arasında aşı, rutin kontrol, gebe takibi, devamlı kullandığı ilaçları yazdırma gibi nedenler olduğu düşünüldüğünde evli kadınların aile hekimine daha çok başvurduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılanların acile başvuru şekli bakımından oransal olarak üst solunum yolu enfeksiyonu (%24,4), kas ağrısı (%16,4), karın ağrısı (%14,8) şeklindeki şikayetleri daha fazla saptadık. Karakaş ve ark. yaptıkları bir çalışmada, en sık başvuru nedenlerinin öksürük ve ateş yakınmaları olduğu saptanmıştır (91). Yapılan başka bir acil servis çalışmasında en sık üst solunum yolu hastalıkları (%38,2) ardından karın ağrısı, bulantı gibi semptomların (%21) olduğu saptanmıştır (92). Bu şikayetler bizim de en sık olarak saptamış olduğumuz üst solunum yolu hastalıklarına da işaret etmektedir.

Araştırmamızda üst solunum yolu yakınmalarının yüksek saptamamızın diğer bir sebebi ise çalışmamızın kış aylarında yapmış olduğumuzda bir etkidir.



SONUÇ

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Acil Servis yeşil alanda yaptığımız çalışmada, acil servise başvuran hastaların öncesinde birinci basamağa başvuru, birinci basamak sağlık hizmetlerinin genel kullanımı ve ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki yükün hafifletilmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü araştırmayı amaçladık. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar şu şekilde özetleyebiliriz;

1. Çalışmamıza toplam 250 kişi dahil olmuştur. Katılımcıların yaş ortalamasının $36,92 \pm 16,14$ (yıl) olduğu, cinsiyetlerine göre 139 hastanın (%55,6) kadın, 111 hastanın (%44,6) erkek olduğu belirlendi. Acile başvuru durumu olarak en fazla 61 kişinin (%24,4) ÜSYE sebebiyle ardından 41 kişinin (%16,4) ile kas ağrısı için acile başvurduğu tespit edildi. Aile hekimine başvuru amacı olarak daha sık 179 hastanın (%71,6) aile hekimine muayene için gittiği ardından 143 hastanın (%57,2) ilaç yazdırmak için gittiği tespit edildi. 189 hastanın (%75,6) acile başvurmadan önce aile hekimine gitmediği belirlendi. 159 kişinin (%63,6) acil dışında aile hekiminin hastaneye zorunlu sevk sistemini desteklemediği ve 109 kişinin (%43,6) acil olmayan sağlık problemi için aile hekimliğini tercih ettiği belirlenmiştir.

2. Yaş sınıfları ile acil öncesi aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. <25 yaş grubunda olanların acil öncesi aile hekimine başvurmadığı, >40 yaş grubunda olan acil öncesi aile hekimine başvurduğu belirlenmiştir. Acil öncesi aile hekimine gidenlerin ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, acil öncesi aile hekimine gitmeyenlerin ise ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

3. Yaş gruplarıyla ile yıllık aile hekimine başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile hekimine hiç başvurmayan veya nadiren-bazen başvuranların ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu, sık sık-her zaman başvuranların ise ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

4. Yaş grupları ile çocuğun kontrolü için aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çocuğunun kontrolü için aile hekimine götürülenlerin ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, çocuğunu kontrol için aile hekimine götürmeyenlerin ise ağırlıklı olarak <25 ve 25-40 yaş grubunda olduğu bulunmuştur.

5. Yaş grupları ile aile hekiminin ikamete yakın olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile hekimi ikametene yakın olanların ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, aile hekiminin ikametene yakın olmayanların ise ağırlıklı olarak <25 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

6. Yaş sınıfları ile aile hekimini tanıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile hekimi tanıyanların ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir.

7. Cinsiyet ile yıllık aile hekimine başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile hekimine hiç başvurmayan veya nadiren başvuranların ağırlıklı olarak erkek, bazen, sık sık-her zaman başvuranların ise ağırlıklı olarak kadın olduğu belirlenmiştir.

8. Medeni durum ile acil öncesi aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Acil öncesi aile hekimine gidenlerin ağırlıklı olarak evli, acil öncesi aile hekimine gitmeyenlerin ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir.

9. Medeni durum ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Yıllık aile hekimine hiç gitmeyenlerin veya nadiren giderin ağırlıklı olarak bekar, sık sık – her zaman gidenlerin ise ağırlıklı olarak evli olduğu belirlenmiştir.

10. Medeni durum ile aile hekiminin ikamete yakın olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile hekiminin ikametene yakın olanların ağırlıklı

olarak evli, aile hekiminin ikametine yakın olmayanların ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir.

11. Medeni durum ile aile hekimini tanıma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Aile hekimini tanıyanların ağırlıklı olarak evli, aile hekimini tanımayanların ise ağırlıklı olarak bekar olduğu belirlenmiştir.

12. Eğitim düzeyi ile acil öncesi aile hekimine başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, acil öncesi aile hekimine gitme oranının azaldığı görülmüştür.

13. Eğitim düzeyi ile aile hekiminin ikamete yakın olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça, aile hekiminin ikamete yakın olma oranının azaldığı görülmüştür.

14. Sosyal güvence ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların sık sık-her zaman aile hekimine başvurmadığı belirlenmiştir.

15. Çalışma durumu ile çocuk kontrolünde aile hekimine gitme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çalışanların çocuk kontrolüne aile hekimine gitme oranının, çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

16. İkamet yeri ile aile hekiminin ikamete yakın olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Diğer yerlerde yaşayanların aile hekiminin ikamete yakın olma oranının, büyükşehir/şehirlere yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

17. Acile başvurmadan önce aile hekimine gitme durumu ile acile gitmeyi tercih etme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Acil için aile hekimine giden 34 kişinin (%55,8) aile hekimi önerdiği için acile gittiği, acil için aile hekimine gitmeyen 90 kişinin (%47,6) durumun acil olması sebebiyle acili tercih ettiği belirlenmiştir.

18. Acil öncesi aile hekimine gitme durumu ile aile hekimine mesai dışı başvurmayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Acil

öncesi aile hekimine gidenlerin aile hekimine mesai dışında başvurmayı isteme oranının, acil öncesi aile hekimine gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

19. Kronik hastalık durumu ile yıllık aile hekimine başvurma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların ağırlıklı olarak yıllık sık sık-her zaman, kronik hastalığı olmayanların ise ağırlıklı olarak hiç-nadiren aile hekimine gittiği belirlenmiştir.

20. Kronik hastalık durumu ile rutin için aile hekimliğinden aranma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olanların rutin için aranma oranının, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

21. Bu bilgiler doğrultusunda; topluma verilecek birinci basamak sağlık kuruluşunun farkındalık eğitimleri hastane yükünü hafifletebilir. Aile sağlığı merkezlerinde yapılan tüm tetkik ve görüntüleme kapsamının genişletilerek hizmet kalitesinin artırılması düşünülebilir. Aile hekimliği uygulamasında mesai saatlerinin düzenlenmesi ve mümkün oldukça esnek mesai uygulamasına geçilmesi gibi alınabilecek bir takım önlemler ile acil servislere yapılacak gereksiz başvuruların azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

ÖZET

Ülkemizdeki acil servislerin yoğun olmasının en önemli nedeni acil servise çeşitli nedenlerle başvuran acil olmayan hastalardır. Acil servislerin uygunsuz kullanımı genel olarak “kazasız veya yaralanmasız gelişen, acil servis ihtiyacı olmayan ve birinci basamakta tedavi edilebilen sağlık sorunları için acil servislerin kullanılması” olarak tanımlanabilir.

Bazı hastalar şiddetli semptomlarla bile herhangi bir sağlık hizmetine başvurmazken, bazıları hafif semptomlar için ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini ve acil servislerini tercih etmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımına yol açmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetinin merkezinde yer alan aile hekimlerine, acil servislere başvuru nedenlerini ve sıklıklarını azaltmada önemli görevler düşmektedir.

Çalışmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Acil Servis yeşil alanda 01.11.2021-01.04.2022 tarihleri arasında başvuran 250 birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını sorgulamak amacıyla yapıldı.

189 hastanın (%75,6) acile başvurmadan önce aile hekimine gitmediği, 143’ünün (%57,2) aile hekimine mesai dışında başvurmayı istediği, 217’sinin (%86,8) aile hekiminden memnun olduğu, acile şikayet olarak en sık üst ÜSYE sebebiyle (%24,4) başvuruldu görülmüştür. Aile hekimi tanıyanların ağırlıklı olarak >40 yaş grubunda olduğu, aile hekimine daha sık başvuranların kadınlar olduğunu belirledik. Eğitim düzeyi arttıkça, acil öncesi aile hekimine gitme oranının azaldığı görülmüştür. Literatür taramasında da benzer sonuçlar olduğunu görmekteyiz. Acilden önce aile hekimine giden 34 kişinin (%55,8) aile hekimi önerdiği için acile gittiği, acil için aile hekimine gitmeyen 90 kişinin (%47,6) kendisinin durumun acil olduğunu hissettiği için acil servisi tercih ettiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak hastalara verilecek birinci basamak hizmetleri ile ilgili eğitim, hastaların mevcut klinikleri hakkında aydınlatılması, mesai saatlerinin dışında da hizmet verebilmesinin düzenlenmesi, birinci basamaktaki hekime olan güveninin artırılması ve birinci basamakta görüntüleme ve tetkiklerin genişletilmesi ile acil servislerdeki yeşil alan başvurusunun azaltılabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Acil Servis, Aile Hekimi

DETERMINATION OF THE USE OF PRIMARY HEALTH SERVICES OF PATIENTS REGISTERING TO TEKIRDAG NAMIK KEMAL UNIVERSITY EMERGENCY DEPARTMENT HEALTH SERVICES

SUMMARY

The most important reason for the intensiveness of the emergency services in our country is the non-emergency patients who apply to the emergency department for various reasons. Inappropriate use of emergency services can generally be defined as “the use of emergency services for health problems that develop without accident or injury, do not need emergency services and can be treated in primary care”.

While some patients do not apply to any healthcare service even with severe symptoms, some prefer secondary and tertiary healthcare services and emergency services for mild symptoms. This leads to inappropriate use of health services. Family physicians, who are at the center of primary health care, have important duties in reducing the reasons and frequency of admission to emergency services.

Our study was carried out in order to question the use of 250 primary health care services applied between 01.11.2021 and 01.04.2022 in Tekirdağ Namık Kemal University Emergency Service green area.

The most frequent complaints were that 189 patients (75.6%) did not go to the family doctor before applying to the emergency department, 143 (57.2%) wanted to apply to the family doctor outside of working hours, 217 (86.8%) were satisfied with the family doctor. It was seen that the applicants were admitted due to upper respiratory tract disease (24.4%). We determined that those who knew family physicians were predominantly in the >40 age group, and those who applied to the family physician more frequently were women. It was observed that as the education level increased, the rate of going to the family doctor before the emergency decreased. We see similar results in the literature review. 34 people (55.8%) who went to the family doctor before the emergency went to the emergency department because their family doctor recommended it, and 90 people (47.6%) who did not go to the family doctor for the emergency, preferred the emergency service because they felt that the situation was urgent. determined.

As a result, we think that the green field applications in the emergency services can be reduced by education about the primary care services to be given to the patients, enlightening the patients about their current clinics, regulating their ability to provide services outside of working hours, increasing the trust in the primary care physician, and expanding the imaging and examinations in the primary care.

Keywords: Primary Care, Emergency Department, Family Practice



KAYNAKÇA

1. Yılmaz AA, Köksal AO, Özdemir O, Yılmaz Ş, Yıldız D, Koçak M ve ark. Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2015;1:18-21.
2. Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü 2017 Yılı Ocak-Ekim Dönemi Acil Servislere İlişkin Veriler. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/23496,2017-ocak-ekim-donemi-acil-servis-verileri2pdf.pdf?0>. Son erişim tarihi: 11.04.2022
3. Bektemür G, Osmanbeyoğlu N, Cander B. Acil Hizmetler Raporu (2015). Eurasian J Emerg Med 2015;14(1):1-38.
4. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish University Hospital. Croat Med J 2003;44:585-591.
5. McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, Wyke S. Who uses emergency departments inappropriately and when a national cross-sectional study using a monitoring data system. BMC Medicine 2013;11:258. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-258>.
6. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: Who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. Emerg Med Australasia 2005;17:472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2005.00779.x>.
7. McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. NC Med J 2011;72(4):265-71.
8. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Services Research 2010;10:66. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-66>.
9. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi 2010;9(4):163-8.

10. Miyazawa A, Maeno T, Shaku F, Tsutsumi M, Kurihara H, Takayashiki A, et al. Inappropriate use of the emergency department for nonurgent conditions: Patient characteristics and associated factors at a Japanese hospital. *J Gen Fam Med* 2019 Jul;20(4):146-153. <https://doi.org/10.1002/jgf2.249>.
11. Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy* 2008;88(2-3):326-38. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.04.005>.
12. Van Der Linden MC, Lindeboom R, Van Der Linden N, Van Den Brand CL, Lam RC, Lucas C, Haan R, et al. Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. *International Journal of Emergency Medicine* 2014;16:7-28. <https://doi.org/10.1186/s12245-014-0028-1>.
13. Ersel M, Karcioğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2006;6(1):25-35.
14. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi* 2008;15(4):107-11.
15. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc* 2010;109(7):533-42. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60088-5](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60088-5)
16. Alu, A. (2017). SAĞLIĞIN TEMEL KAVRAMLARI. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 32-41.
17. Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, Yayın No: 2.
18. Aydın, S. (2008). Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri, Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara.

19. Sargutan, A.E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3), 400-428.
20. Sağlık Bakanlığı (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Editör: Sabahattin Aydın, Ankara: Mavi Ofset.
21. Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi.
22. Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, 64, 33-58.
23. Devlet Planlama Teşkilatı (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ank
24. Çalış, S. (2006). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Türkiye.
25. Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Antalya, Türkiye.
26. The İnterim Report On The Future Provision of Medical And Allied Services. Socialist Health Association 26 April 2011, erişim tarihi 11.04.2022
27. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now more than ever. Geneva (Switzerland), erişim tarihi 11.04.2022
28. Grumbach K, Selby JV, Damberg C et al. Resolving the gatekeeping conundrum. What patients value in primary care and referrals to specialist. JAMA, 1999, 6:262-281
29. Farmer F, Stokes L, Fisher R, Poverty H. Primary care and age-specific mortality. J. Rural Health, 1991, 7:153–169.
30. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York, Oxford University Press. 1998.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health., Johns Hopkins University; New York University. The Milbank Quarterly, Vol. 83, No. 3, 2005. 457–502.

32. Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*, 1999, 318:515-520.
33. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 1998, 47:105–109.
34. Starfield, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press. 1998.
35. Starfield, B. Primary care, equity and health in an international context. A work-in-progress seminar on health and healthcare in changing environments: the Malaysian experience. 2003. <http://www.pcdom.org.my/phc> erişim tarihi: 11.04.2022
36. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Care Systems in Transition (HiT). HiT country profiles. http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1, erişim tarihi: 11.04.2022.
37. Boerma W. (2003). Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht Netherlands: NIVEL.
38. Macinko J, Starfield B, Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38:3.
39. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 1. Baskı, 2017:6
40. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Son erişim tarihi: 11.04.2022.
41. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J* 2010;25(4):320-3. <https://doi.org/10.5001/omj.2010.92>.
42. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med* 2003;18(1):29-37. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00000650>.
43. Altuntaş S. Dünyada ve Ülkemizde İlk Yardım, Acil Sağlık Hizmetleri ve Afetlerde Sağlık Organizasyonu. Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, 2014:3.
44. SAĞLIK BAKANLIĞI (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara
45. Özcan, C. (2017). Erdal R. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan süreçler. *Smyrna Tıp Dergisi*,

46. Mossialos E, Djordjevic R, Osborn R et al. International profile of health care systems. The Commonwealth fund, May 2017 [Internet]. Available from: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publication_s_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf Date of access: April 11, 2022.
47. vanLoenen T, van den Berg MJ, Heinemann S et al. Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006–2012. *BMC Fam Pract* 2016;17:59.
48. Anell AH, Glenngård A, Merkur S. Sweden: Health System Review. *Health systems in transition* 2012;14(5):1–161.
49. Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR), National Initiative for Improved Patient Safety. SALAR 2011. Available from: <https://skl.se/tjanster/englishpages/aboutsalar/administrativeorganisation/healthandsocialcare/division.1292.html>, son erişim tarihi:11.04.2022
50. Turhan ES, Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ufuk Üniversitesi, 2014.
51. Uysal F. Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği), Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2014.
52. Kocadağ D. Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Düşünceler Ve Aile Hekimlerinin Sunduğu Hizmetlerden Memnuniyet: Bolu İli Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2016.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’ de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>. son erişim tarihi: 11.04.2022.
54. Berberoğlu, U., Eskiocak, M., Ekuklu, G. ve ark. Edirne Devlet Hastanesinin Kimi Polikliniklerinde Verilen 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Boyutları. *Toplum ve Hekim* 2000;15(3):199-208.

55. Akın, A., Esin, Ç., Çelik, K. Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, 2004.
56. Durmaz, Z.H., Demir, A.D., Tiryaki, M., Delibaş, N. Amasya Bölgesinde Hastaneye Başvuran Bireylerde Vitamin D Düzeyleri. *Bozok Tıp Dergisi* 2015;5(3):26-32.
57. Cığerli Ö, Topsever P, Topallı R, Görpelioğlu S, Filiz TM. Hereke aile hekimliği merkezi 2001 yılı başvuru nedenleri ve yapılan sevklerin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2007;7(1):18-22.
58. Backman A-S, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-holm E, Adami J. Characteristics of non-urgent patients: Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian journal of primary health care*. 2008;26(3):181-7.
59. İlhan M, Tüzün H, Aycan S, Aksakal FN, Özkan S. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006;25(3):33-41.
60. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. *Am J Emerg Med*. 2005;23(2):131-7.
61. Çevik C, Tekir Ö. Emergency service admission evaluation of diagnosis codes, triage and socio-demographic Balıkesir Sağlık Bil Derg 2014;3(2): 102-7.
62. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatrici* 2002;5(4):138-43.
63. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye İstatistik Yıllığı 2013. file:///C:/Users/samsung/Downloads/3047312825846773716..pdf. son erişim tarihi: 11.04.2022.
64. Çetinkaya, F., Baykan, Z., Naçar, M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(1):49-56.
65. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Filiz B, Seval O, Bayındır K, et al. Bir aile hekimliği merkezi'ne başvuran hastalara konulan tanılar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(3):7-13.
66. Erdem R, Pirinççi E. Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*2003;20(1): 39-46.
67. Morrison AK, Chanmugathas R, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG, Brousseau DC. Caregiver low health literacy and nonurgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Acad Pediatr*. 2014;14(5):505-9.

68. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality findings from an international health policy survey. *Health Policy* 2000;51(2):67-85.
69. Van Doorslaer E, Wargstaff A, Van Der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000;19(5):553-83.
70. Van der Heyden JH, Demarest S, Tafforeau J, Van Oyen H. Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 2003;65(2):153-65.
71. Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England an empirical investigation. *Soc Sci Med* 2005;60(6):1251-66.
72. Suominen-Taipale AL, Koskinen SO, Martelin T, Holman J, Johnsen P. Differences in older adults use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *Eur J Public Health* 2004;14(4):375-80.
73. Smaje C, Grand JL. Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS, *Soc Sci Med* 1997;45(3):485-96.
74. Field KS, Briggs DJ. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary healthcare. *Health Soc Care Community* 2001;9(5):294-308.
75. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group: Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83.
76. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Econ* 2004;13(7):629-47.
77. Dunlop S, Coyote PC, Isaac W. Socio-economic status and utilization of physicians services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51:123-33.
78. Westin M, Ahs A, Person KB, Westerling R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004;68:333-4.
79. Droomers M, Westert GP. Do lower socioeconomic groups use more health services, because they suffer from more illnesses? *Eur J Public Health* 2004;14(3):311-3.
80. Berberoğlu, U. Edirne Devlet Hastanesi'nin Kimi Polikliniklerinde Verilen 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinin Boyutları. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, 1999.

81. Alzaied, T.A.M., Alshammari, A. An Evaluation of Primary Healthcare Centers (PHC) Services: The Views of Users. *Health Science Journal* 2016;10(2):1-8.
82. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020. son erişim tarihi: 11.04.2022.
83. Türkiye İstatistik Kurumu, Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2021. file:///file:///C:/Users/asus/Downloads/Ya%C5%9Fam%20Memnuniyeti%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmas%C4%B1%202021.pdf. son erişim tarihi: 11.04.2022
84. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes* 2012 Sep 25;5:525. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-525>.
85. Tanır F. Aile hekimliği uygulamalarının Doğankent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki durumu/The condition of family medicine practices in the Doğankent Health, Training and Research Region. *Turkish Journal of Public Health* 2014;12(2):91-9.
86. Sayın E. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Yeşil Alan Polikliniğine Başvuran Hastaların Öncesinde Aile Hekimliği Başvurularının Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.
87. Güven EA, Aycan S. Ankara’da Bir Üniversite Hastanesine Başvuranların Mevcut Aile Hekimliği Sistemi ve Sevk Uygulaması Hakkında Düşünceleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(3):25-36.
88. Bulut S, Uğurluoğlu S. Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2018; 22 (3): 118-32.
89. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim sağlık ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvurular etkileyen etmenler. *Toplum Hekimliği Derg*. 2006;25(3):16-22.
90. Bambal ÖÖ, Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çivi G, et al. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*. 2010;8(3):176-90.
91. Karakaş NM, Özdemir B, Kılıç S, Akbulut Ö. Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 Yıllık İzlem. *Osmangazi Journal of Medicine* 2020;42(1):67-74.
92. Gül, Eda. Bir kamu hastanesinde acil servis yeşil alan hastalarının başvuru nedenlerinin uygunluğu ve hasta özelliklerinin incelenmesi. MS thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020.

EKLER

EK 1 ETİK KURUL KARAR FORMU



TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Acil Servise Başvuran Hastaların Birinci Basamağa Bakış Açısı ve Başvuru Durumları		
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik Güzel / TNKÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği		
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	26.10.2021		
	Araştırma Protokol Numarası	2021.249.10.13		
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer:
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:
	Araştırmanın Bütçesi	100 ₺		
	Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sibel ÖZKAN GÜRDAL	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ömit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pinar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER

İmza:

EK 2 ANKET

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz

a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz

a) Evli b) Bekar

4. Eğitim durumunuz

a) İlkokul b) Ortaokul

c) Lise d) Üniversite

5. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

6. Meslek

a) Ev hanımı b) Emekli

c) Memur d) İşçi

e) Öğrenci f) Diğer.....

7. Nerede ikamet ediyorsunuz?

a) Büyükşehir/Şehir b) İlçe

c) Kasaba d) Köy

8. Kayıtlı olduğunuz aile hekimi ikamet adresi olduğunuz bölgede mi?

a) Evet b) Hayır

9. Kayıtlı olduğunuz aile hekiminizi tanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

10. Kendi aile hekiminizden memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır

11. Aile hekiminize ulaşma konusunda sıkıntı yaşıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

12. Daha önce hiç aile hekiminizi değiştirdiniz mi?

a) Evet b) Hayır

13. Aile hekimine 1 yılda ne kadar sıklıkla başvurursunuz?

- a) Hiç b) Nadiren. c) Bazen
d) Sık sık e) Her zaman.

14. Varsa çocuğunuz rutin kontrollerine aile hekiminize götürüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

15. Aile hekiminiz tarafından izlem ve rutin kontroller için arıyor musunuz veya arandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

16. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

a) Evet (Evet ise belirtiniz).....

b) Hayır

17. Aile hekiminize hangi sebepler nedeniyle daha sık başvurursunuz? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- a) Muayene
b) İlaç yazdırma
c) Rutin kontroller ve aşı
d) Enjeksiyon / Pansuman
e) Rapor almak için
f) Aile planlanması
g) Kan ve idrar tahlilleri kontrolleri için

18. Aile hekiminize mesai saatleri dışında ulaşmak ister misiniz?

- a) Evet b) Hayır

19. Acil servise hangi şikayet ile başvurduunuz? (Belirtiniz)

.....

20. Şikayetiniz için acil servise gelmeden aile hekiminize başvurduunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

21. Evet ise bu şikayetiniz için aile hekiminize kaç kere başvurduunuz?

.....

22. Evet ise aile hekiminizin önerisi ne oldu?

- a) Takip b) İlaç tedavisi
c) Kontrol d) İleri tetkikler
e) Hastaneye sevk f) Diğer

23. Evet ise aile hekiminiz tarafından kontrole çağrıldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

24. Evet ise acil servise aile hekiminiz mi yönlendirdi?

- a) Evet b) Hayır

25. Hayır ise ilk olarak aile hekimini tercih etmeme sebebi nedir?

- a) Şu anda uzak olduğum için
b) Daha ileri tetkikler için
c) Aile hekimimi yetersiz gördüğüm için
d) Aile hekimimi tanımıyorum
e) Aile hekimim şehir dışında olduğu için
f) Diğer

26. Acil servisi tercih etme nedeniniz nedir?

- a) Durumumun acil olduğunu düşünüyorum
b) Poliklinik sırası bulmakta zorlandım
c) Görüntüleme ve laboratuvar sonuçlarının hızlı çıkması
d) Başka yerden sevk edildim
e) Aile hekimim yönlendirdi
f) İşlemlerimin daha hızlı olması için
g) Diğer

27. Acil durumlar dışında aile hekimliğinden hastanelere zorunlu sevk sisteminin uygulamaya geçilmesini destekler misiniz?

- a) Evet b) Hayır

28. Acil serviste şikayetiniz için ilaç başlandı mı?

- a) Evet b) Hayır

29. Acil olmayan herhangi bir sağlık probleminiz için ilk başvuru yeriniz neresi olur?

- a) Aile sağlığı merkezi
- b) Devlet hastaneleri
- c) Eğitim araştırma/Üniversite hastaneleri
- d) Özel hastane ve klinikler

